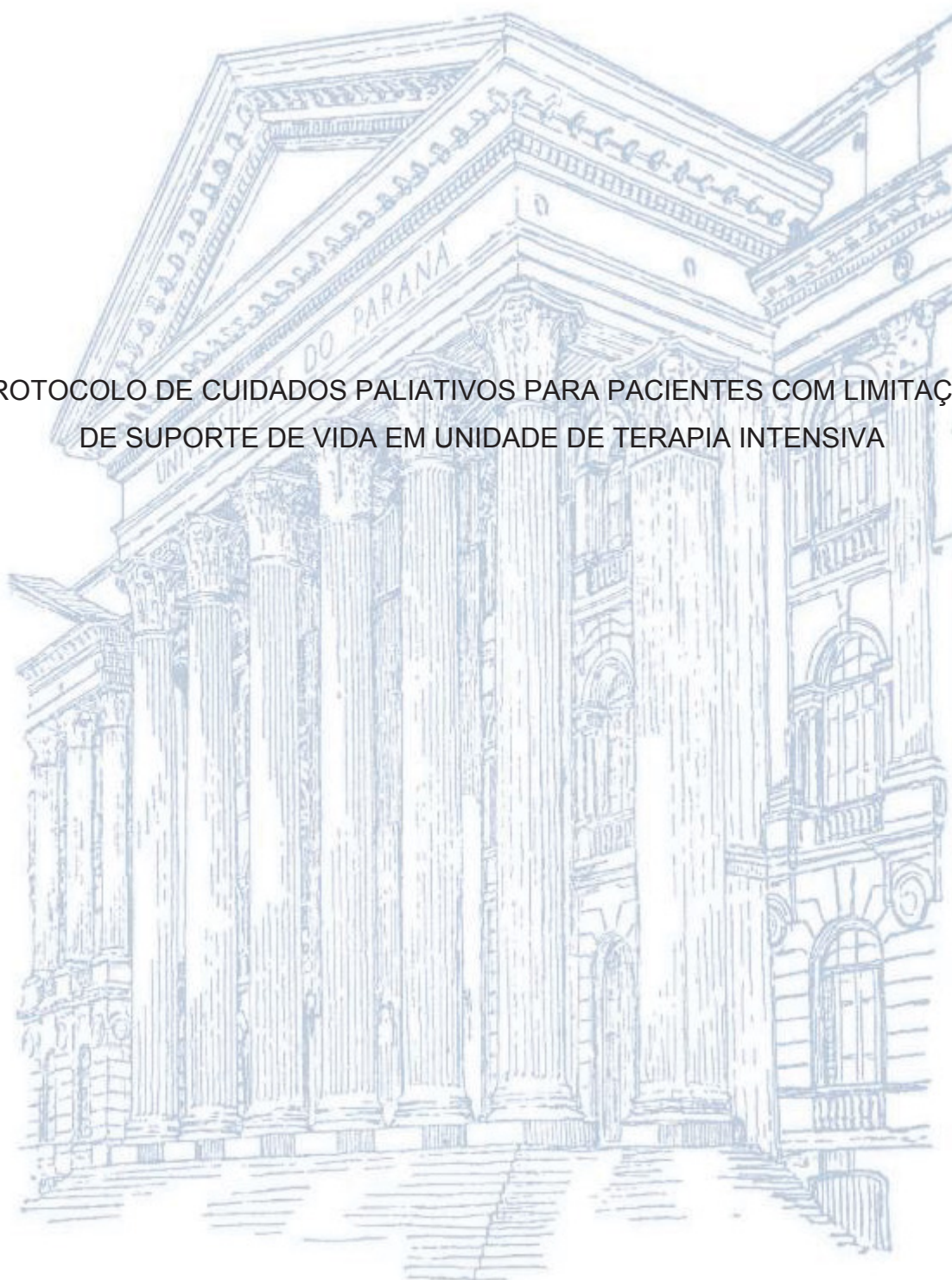


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MARTHA MARIA DE OLIVEIRA PEGORARO

PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES COM LIMITAÇÃO
DE SUPORTE DE VIDA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA



CURITIBA

2018

MARTHA MARIA DE OLIVEIRA PEGORARO

PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES COM LIMITAÇÃO
DE SUPORTE DE VIDA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Profissional, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Cristina Paganini

CURITIBA

2018

Pegoraro, Martha Maria de Oliveira

Protocolo de cuidados paliativos para pacientes com limitação de suporte de vida em Unidade de Terapia Intensiva / Martha Maria de Oliveira Pegoraro – Curitiba, 2018.

142 f. ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Maria Cristina Paganini

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Inclui referência

1. Cuidados paliativos. 2. Unidades de Terapia Intensiva. 3. Equipe de assistência ao paciente. 4. Cuidados para prolongar a vida. I. Paganini, Maria Cristina. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 616.029



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **MARTHA MARIA DE OLIVEIRA PEGORARO** intitulada: **PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES COM LIMITAÇÃO DE SUPORTE DE VIDA EM UTI**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 24 de Agosto de 2018.

MARIA CRISTINA PAGANINI
Presidente da Banca Examinadora


MARILUCI HAUTSCH WILLIG
Avaliador Interno


NEN NALU ALVES DAS MERCÊS
Avaliador Interno


MARIA DE FATIMA MANTOVANI
Avaliador Interno

FERNANDA MOURA D ALMEIDA MIRANDA
Avaliador Externo



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM

ATA Nº13

**ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE MESTRADO PARA A OBTENÇÃO DO
GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM**

No dia vinte e quatro de agosto de dois mil e dezoito às 09:00 horas, na sala Sala 02, CAMPUS BOTÂNICO - BLOCO DIDÁTICO II, foram instalados os trabalhos de arguição da mestranda **MARTHA MARIA DE OLIVEIRA PEGORARO** para a Defesa Pública de sua dissertação intitulada **PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES COM LIMITAÇÃO DE SUPORTE DE VIDA EM UTI**. A Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná, foi constituída pelos seguintes Membros: MARIA CRISTINA PAGANINI (UFPR), MARIA DE FATIMA MANTOVANI (PPGENF/UFPR), FERNANDA MOURA D ALMEIDA MIRANDA (SESA/PR), MARILUCI HAUTSCH WILLIG (UFPR), NEN NALU ALVES DAS MERCÊS (UFPR). Dando início à sessão, a presidência passou a palavra a discente, para que a mesma expusesse seu trabalho aos presentes. Em seguida, a presidência passou a palavra a cada um dos Examinadores, para suas respectivas arguições. A aluna respondeu a cada um dos arguidores. A presidência retomou a palavra para suas considerações finais. A Banca Examinadora, então, reuniu-se e, após a discussão de suas avaliações, decidiu-se pela APROVAÇÃO da aluna. A mestranda foi convidada a ingressar novamente na sala, bem como os demais assistentes, após o que a presidência fez a leitura do Parecer da Banca Examinadora. A aprovação no rito de defesa deverá ser homologada pelo Colegiado do programa, mediante o atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca dentro dos prazos regimentais do programa. A outorga do título de mestre está condicionada ao atendimento de todos os requisitos e prazos determinados no regimento do Programa de Pós-Graduação. Nada mais havendo a tratar a presidência deu por encerrada a sessão, da qual eu, MARIA CRISTINA PAGANINI, lavrei a presente ata, que vai assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora.

Curitiba, 24 de Agosto de 2018.

Maria Cristina Paganini
MARIA CRISTINA PAGANINI
Presidente da Banca Examinadora

INFORMAÇÃO: COMO PRESIDENTE DA BANCA DE DEFESA INFORMAMOS QUE A ALUNA FOI ALERTADA SOBRE A SUBSTITUIÇÃO DA SIGLA CONTIDA NO TÍTULO. ASSIM A SIGLA "UTI" FOI SUBSTITUÍDA NA VERSÃO FINAL PARA "UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA".
MP

Maria de Fatima Mantovani
MARIA DE FATIMA MANTOVANI
Avaliador Interno

Fernanda Moura d Almeida Miranda
FERNANDA MOURA D ALMEIDA MIRANDA
Avaliador Externo

Mariluci Hautsch Willig
MARILUCI HAUTSCH WILLIG
Avaliador Interno

Nen Nalu Alves das Mercês
NEN NALU ALVES DAS MERCÊS
Avaliador Interno

Esta dissertação é dedicada a todos pacientes de UTI que já tive e terei a oportunidade de cuidar, e que, mesmo enfrentando momentos difíceis, ensinam algo de bom sobre a vida.

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, pela vida, benção e proteção diária.

À minha **mãe**, por todo amor, pela ajuda nas correrias do dia a dia e apoio de sempre.

À minha **filha Anna**, pelo seu orgulho com o estudo da mamãe e pelas horas de alegria.

Ao meu **esposo Raphael**, pelo amor, pela força, pelo estímulo diário e pela companhia nessa caminhada.

Ao meu **pai** e à **Tânia**, pelo amor, pelo incentivo e apoio de sempre.

Aos meus sogros, **Bira** e **Rô**, pelo carinho que sempre têm comigo.

Às minhas irmãs amadas, **Heloisa** e **Mariana**, por serem minhas amigas de todas as horas.

À todas minhas **amigas**, pela compreensão da ausência nas tardes de café e pelas palavras de força para continuar.

Aos **colegas do Mestrado**, pela companhia nessa trajetória.

À minha orientadora, **Maria Cristina**, pela sua paciência e apoio para realização desse trabalho.

À todos meus **mestres**, por todos ensinamentos e por toda dedicação.

À **equipe multidisciplinar** da UTI Clínico Cirúrgica, por aceitar e ajudar a construir esse trabalho.

À **banca examinadora**, pelas contribuições.

A todos que, de alguma forma, participaram para realização deste sonho e contribuíram para realização deste trabalho, meus sinceros agradecimentos.

“O sofrimento humano só é intolerável, quando ninguém cuida”
Dame Cicely Saunders

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo elaborar um Protocolo de Cuidados Paliativos para pacientes com Limitação de Suporte de Vida internados em Unidades de Terapia Intensiva. Trata-se de uma Pesquisa Convergente Assistencial, realizada na UTI Clínico Cirúrgica de um hospital público, situado na cidade de Curitiba/PR, com atendimento exclusivo pelo SUS. A coleta de dados ocorreu em duas etapas. A primeira etapa no mês de fevereiro/2018, por meio de um instrumento de pesquisa com quatro perguntas abertas, com questões relacionadas ao perfil dos participantes e conhecimentos sobre Limitação de Suporte de Vida e Cuidados Paliativos em UTI, que foi aplicado a todos profissionais atuantes na UTI em estudo. Os dados obtidos no instrumento de pesquisa foram submetidos à análise temática. A partir da leitura aprofundada e agrupamento das falas dos participantes, identificaram-se as relações entre as mesmas, para codificá-las e gerar temas interconectados. Os dados obtidos formaram cinco temas: Caracterizando o perfil dos participantes, Identificando a Limitação de Suporte de Vida, Identificando os Cuidados Paliativos, Aplicando os Cuidados Paliativos em pacientes com Limitação de Suporte de Vida em UTI e Descrevendo Ações Multidisciplinares de Cuidados Paliativos para pacientes com Limitação de Suporte de Vida em UTI. Esses temas subsidiaram a realização dos três grupos de discussão na segunda etapa, que ocorreu no mês de maio/2018, com os participantes da Reunião Multidisciplinar diária da UTI. No primeiro grupo de discussão, foram apresentados os resultados obtidos na primeira etapa e levantadas as expectativas para a construção do Protocolo; no segundo encontro, foram discutidas as ações multidisciplinares para a implantação de Cuidados Paliativos aos pacientes com Limitação de Suporte de Vida em UTI; e o terceiro encontro serviu para revisar o Protocolo. Posteriormente, o Protocolo foi validado por um comitê de especialistas e apresentado ao serviço para ser institucionalizado. Os objetivos foram atingidos, pois se pode perceber que a equipe multidisciplinar conhecia os temas “Limitação de Suporte de Vida” e “Cuidados Paliativos”, o que proporcionou problematizar sobre a importância de inserir a prática de Cuidados Paliativos aos pacientes com Limitação de Suporte de vida em UTI, de forma sistematizada. Como produto final do estudo foi elaborado o Protocolo de Cuidados Paliativos para pacientes com Limitação de Suporte de Vida em Unidade de Terapia Intensiva, proporcionando aos profissionais de saúde a melhoria da assistência prestada, mostrando um cuidar mais humano com preocupação no bem estar, alívio da dor e conforto do paciente e sua família, além de servir de guia para a equipe multidisciplinar.

Palavras-Chave: Cuidados Paliativos. Unidades de Terapia Intensiva. Equipe de Assistência ao Paciente. Cuidados para prolongar a vida.

ABSTRACT

The aim of this research is to introduce the practice of Palliative Care for patients with Limitation of Support in ICU (Intensive Care Units). A systematic approach was elaborated in order to guarantee the action of Palliative Care and to become a guide for the multidisciplinary team. The methodology is an Assistant Convergent Research Approach (ACRA), performed in the Surgical Clinical ICU of a public hospital, in Curitiba/PR, the data was collected in two different moments: In the first one, an instrument of analysis with four opened questions, about Limitation of Support and Palliative Care in ICU, was submitted to all the professionals at ICU. The obtained data was submitted to the thematic analysis and divides in five categories: Characterizing the profile of the participants, Identifying the Limitation of Support, Identifying the Palliative Care, Applying the Palliative Care in patients with Limitation of Support in ICU and Describing Multidisciplinary Action of Palliative Care for patients with Limitation of Support in ICU. From this material, three groups of discussion were performed in the second stage. Those groups were formed by the participants of the daily Multidisciplinary Team of the ICU. The discussion embased the construction of a protocol for the implantation of Palliative Care to the patients with Limitation of Support in ICU. Later, the Protocol was validated by a committee of specialists and presented to the Hospital Committee to be institutionalized. During the period of analysis it was possible to notice that the goal of the research was achieved. The multidisciplinary team was familiar with the terms "Limitation of Support" and "Palliative Care", and became easier to introduce a protocol and the practice of Palliative Care in this scenario. It was important to improve the assistance, and to provide more comfort to the patients and their families, on a humanized view.

Words Key: Palliative Care. Intensive Care Units. Patient Care Team. Life Support Care.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - SÍNTESE DAS FASES DA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL, CURITIBA, 2018.....	55
QUADRO 2 - SÍNTESE DOS RESULTADOS DA PESQUISA.....	57
QUADRO 3 - CARACTERIZANDO OS PARTICIPANTES DE ACORDO COM A CATEGORIA PROFISSIONAL, TEMPO DE ATUAÇÃO, IDADE E SEXO, CURITIBA, 2018	58

LISTA DE SIGLAS

ANCP	-	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
CCIH	-	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CFM	-	Conselho Federal de Medicina
COFEN	-	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	-	Conselho Regional de Enfermagem
DNR	-	Decisão de não ressuscitação
EUA	-	Estados Unidos da América
GD	-	Grupos de discussão
IVC	-	Índice de Validade de Conteúdo
OMS	-	<i>Organización Mundial de la Salud</i> / Organização Mundial da Saúde
PCA	-	Pesquisa Convergente Assistencial
SUS	-	Sistema Único de Saúde
UFPR	-	Universidade Federal do Paraná
UTI	-	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	18
2.1	OBJETIVO GERAL	18
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3	REVISÃO DE LITERATURA	19
3.1	MORTE E O PROCESSO DE MORRER	19
3.2	BIOÉTICA E DILEMAS RELACIONADOS AO MORRER EM UTI	23
3.3	LIMITAÇÃO DE SUPORTE DE VIDA	26
3.4	CUIDADOS PALIATIVOS EM UTI	32
3.5	ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS	39
4	PERCURSO METODOLÓGICO	44
4.1	TIPO DE ESTUDO	44
4.2	FASE DE CONCEPÇÃO	45
4.3	FASE DE INSTRUMENTAÇÃO	46
4.3.1	Local do Estudo	47
4.3.2	Participantes do Estudo	47
4.3.3	Aspectos Éticos	48
4.4	FASE DE PERSCRUTAÇÃO	49
4.4.1	Coleta de Dados	49
4.5	ANÁLISE DOS DADOS	52
4.6	VALIDAÇÃO DO PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES COM LIMITAÇÃO DE SUPORTE DE VIDA EM UTI	54
5	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	57
5.1	ETAPA 1 – FASE DIAGNÓSTICA	57
5.1.1	Identificando a Limitação de Suporte de Vida	59
5.1.2	Identificando os Cuidados Paliativos	61
5.1.3	Aplicando os Cuidados Paliativos em pacientes com Limitação de Suporte de Vida em UTI	64
5.1.4	Descrevendo Ações Multidisciplinares de Cuidados Paliativos para pacientes com Limitação de Suporte de Vida em UTI	66
5.2	ETAPA 2 – ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO	72
5.2.1	Primeiro Encontro – Apresentação de resultados e Expectativas do grupo	72

5.2.2	Segundo Encontro – Construção de ações multidisciplinares de Cuidados ...	76
5.2.3	Terceiro Encontro – Protocolo de Cuidados Paliativos para pacientes com Limitação de Suporte de Vida em UTI.....	83
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
	REFERÊNCIAS	90
	APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	99
	APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO PARA PESQUISA SOBRE “CUIDADOS PALIATIVOS EM UTI: POSSIBILIDADES DE CUIDADOS AO PACIENTE COM LIMITAÇÃO DE SUPORTE DE VIDA”	101
	APÊNDICE 3 – CONVITES PARA RECRUTAMENTO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR.....	102
	APÊNDICE 4 – PRIMEIRO GRUPO DE DISCUSSÃO – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E EXPECTATIVAS PARA CONSTRUÇÃO DE AÇÕES DE CUIDADOS PALIATIVOS AOS PACIENTES COM LIMITAÇÃO DE SUPORTE DE VIDA NA UTI.....	103
	APÊNDICE 5 – SEGUNDO GRUPO DE DISCUSSÃO: AÇÕES MULTIDISCIPLINARES DE CUIDADOS PALIATIVOS A PACIENTES COM LIMITAÇÃO DE SUPORTE DE VIDA.....	106
	APÊNDICE 6 – PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES COM LIMITAÇÃO DE SUPORTE DE VIDA EM UTI	108
	APÊNDICE 7 – INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO	139
	APÊNDICE 8 – AÇÕES DE CUIDADOS PALIATIVOS INERENTES AO SERVIÇO DE FONOAUDIOLOGIA	140
	ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA HOSPITAL DO TRABALHADOR	141

1 INTRODUÇÃO

Na escala das existências individuais, a morte é a única certeza absoluta no domínio da vida. Segundo o dicionário Aurélio (FERREIRA, 2014, não p.), morte significa o “ato de morrer, o fim da vida, cessação da vida (animal ou vegetal), destruição, causa de ruína, término, fim”. Para Eizirik, Kapczinski e Basool (2001) a morte representa o poder sobre o qual o ser humano não tem nenhum controle, é indomável e desconhecida; é um fato inerente à existência humana, assim como o nascimento, a fome, a sede, a sexualidade, o riso, e, como tal, possui significados que vão além de sua representatividade.

Historicamente a representação da morte passa por alterações em sua trajetória, e até meados do século XX a morte era aceita como acontecimento natural e familiar. A partir dos anos de 1930 a morte passou a se relacionar com o avanço da tecnologia médica, ocorrendo o deslocamento do local da morte para os hospitais (KOVÁCS, 2014). Com o desenvolvimento tecnológico da área da saúde nas últimas décadas, as causas de morte passaram, muitas vezes, a ser evitáveis, criando a falsa ilusão de que a morte pode ser adiada. A morte deixou de ser vista como um acontecimento natural e passou a ser considerada também como uma falha dos profissionais de saúde (SILVA; PEREIRA; MUSSI, 2015).

Cuidar de pessoas em processo de morrer é um grande desafio para a equipe de saúde, pois reflete a dificuldade do ser humano em lidar com o fenômeno da morte, situação que ainda se configura como um “tabu” na sociedade. Permanece a exigência imposta pela sociedade e por formação que o profissional de saúde vença a morte e evite que ela aconteça, e, quando ela ocorre, faz com que o mesmo se sinta derrotado e não cumpridor de seus deveres (KOVÁCS, 2014, grifo do autor).

No contexto hospitalar, é na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) que a morte e suas implicações na relação entre o profissional de saúde, o paciente e seus familiares fica evidenciada (VICENSI, 2016). Segundo o Ministério da Saúde, a UTI é uma unidade hospitalar destinada ao atendimento de pacientes graves ou de risco. Essa unidade oferece assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e diferentes tecnologias destinadas ao diagnóstico e à terapêutica (BRASIL, 1998).

Em relação às questões bioéticas existentes na UTI, destacam-se a manutenção da vida e os tratamentos que podem prolongar a vida de pacientes

críticos. Esses cuidados são caracterizados pelo uso de muitos recursos tecnológicos e tratamentos especializados, que excedem na intensidade de sua aplicação, ultrapassando o desejo e a decisão do paciente e seus familiares. Além disso, pela complexidade e gravidade dos pacientes, os resultados podem ser desanimadores, tornando inevitável o processo de morte (CHAVES; MASSAROLLO, 2009).

Nesse contexto, segundo Trotta (2012), as internações em UTI podem ter dois caminhos: um que alcança a melhora do quadro clínico do paciente com sucesso no tratamento, e outro, quando a melhora não é alcançada, chamado de paciente fora das possibilidades terapêuticas. Esse tratamento atinge apenas efeitos fisiológicos e não altera o prognóstico da doença. Diante de um paciente com prognóstico ruim, ou seja, fora das possibilidades terapêuticas, por um período prolongado se podia manter o tratamento até a morte, incluindo terapia para novas situações diagnosticadas e manobras de ressuscitação em caso de parada cardíaca. Atualmente, pode-se proceder com a limitação de tratamento de suporte de vida, como proposta pela última versão do Código de Ética Médica.

A limitação de tratamento de suporte de vida caracteriza-se pelo reconhecimento da inutilidade do tratamento. Ocorre com a retirada ou não oferta de suporte de vida¹, ou manutenção das medidas vigentes, mas sem acréscimo de tratamento para novas situações, até que sobrevenha o óbito (LAGO et al., 2008). Segundo Trotta (2012) há quatro razões para se optar por limitação de tratamento de suporte de vida: o desejo do paciente de não ser mais tratado, o tratamento ser considerado fútil, a qualidade de vida prevista ser inaceitável ou a carga do tratamento ser difícil de ser suportada pelo paciente.

A limitação de suporte de vida vem sendo discutida como uma forma de oferecer morte digna aos pacientes fora de possibilidades terapêuticas (TROTТА, 2012). Após a definição de limitação de suporte, quaisquer tratamentos que não visem o conforto do paciente são considerados fúteis (PIVA; CARVALHO, 1993).

¹ Suporte de vida são manobras médicas invasivas destinadas à estabilização clínica de um paciente, incluem técnicas de uso exclusivo do médico ou de pessoal especializado, como obtenção das vias aéreas e ventilação, obtenção de via intravenosa e administração de medicamentos, cuidados pós-ressuscitação, intubação, drenagem de tórax e outras manobras que sejam necessárias para manter a vida. Podem ser realizadas no atendimento pré-hospitalar ou no atendimento hospitalar (TROTТА, 2012).

Diante do processo de morrer, a UTI ainda é vista como local relacionado à dor e ao sofrimento de pacientes e suas famílias pelo uso de tecnologias complexas, pouca comunicação entre profissionais, paciente e familiares, perda da esperança na recuperação e, principalmente, pela proximidade com a morte. Assim faz-se necessária a revisão desse cenário, através de mudanças estruturais que possam priorizar a comunicação entre os profissionais, os pacientes e seus familiares, na perspectiva de tornar o processo de morrer menos angustiante para todos. Nesse sentido, a estratégia de Cuidados Paliativos tem sido incorporada à prestação de cuidados intensivos (COSTA et al., 2014).

Cuidados Paliativos são definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como cuidados ativos e totais aos pacientes quando a doença não responde às terapêuticas curativas, quando o controle da dor e dos sintomas psicológicos, sociais e espirituais são prioridade e cujo objetivo é melhorar a qualidade do final de vida dos pacientes (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP), 2009).

Trata-se de abordagem terapêutica multidisciplinar composta de várias especialidades médicas, de enfermagem, psicologia, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, serviço social, terapia ocupacional, farmácia e conselhos espirituais e religiosos. Todos esses profissionais são importantes, uma vez que os Cuidados Paliativos objetivam identificar e minimizar os problemas relacionados à doença nas esferas física, psicológica, espiritual ou social do paciente em fase final de vida (COSTA FILHO et al., 2008).

Os Cuidados Paliativos trabalham com a vida, resgatando a morte com dignidade. Por esse motivo, é fundamental constituir-se em uma equipe afinada, sintonizada e harmônica, tendo como objetivo o cuidado integral da pessoa com escuta e acolhimento adequados, proporcionando que a morte ocorra da melhor maneira, mais digna e confortável. É importante definir prioridades, cuidar de sintomas e, se a cura não for possível, evitar tratamentos invasivos e cirurgias que não tragam benefícios. O grande desafio é que se viva com qualidade a própria morte (KOVÁCS, 2014).

Portanto, os complexos problemas relacionados aos cuidados no final de vida dentro das UTIs nos direcionam para a necessidade de aprofundar o debate em torno desse momento crítico da existência humana. Os Cuidados Paliativos surgem com o objetivo da prevenção e do alívio do sofrimento (VICENSI, 2016), devendo ser

incorporados como uma filosofia de cuidado que dê suporte a toda fase de internação na UTI (GULINI et al., 2017).

Destaca-se o papel da enfermagem nos Cuidados Paliativos na UTI, pois são os profissionais que têm maior proximidade no cotidiano dos pacientes e de seus familiares. Ainda que o atendimento seja multidisciplinar, a enfermagem, além de promover a integração de todos os envolvidos nesse processo, é responsável direta pela busca de recursos e pela melhora da qualidade de vida, preparando adequadamente o cuidado ao paciente em processo de morrer (VICENSI, 2016).

O ato de cuidar é atividade central do trabalho da equipe de enfermagem (SILVA; PEREIRA; MUSSI, 2015), que acompanha e participa deste processo inevitável chamado morte, prestando cuidados e ao mesmo tempo vivenciando angústias, desconforto e insegurança dos pacientes e seus familiares (DANTAS, 2014). Tem posição privilegiada nessa fase final de vida, pois seu papel assistencial abrange cuidados integrais, relacionando as necessidades terapêuticas aos Cuidados Paliativos (REKSUA, 2015).

A motivação para esta pesquisa surge da necessidade de fomentar uma prática assistencial mais humanizada aos pacientes com limitação de suporte de vida internados na UTI do hospital em estudo. A elaboração e implementação de ações multidisciplinares² sistematizadas de Cuidados Paliativos para UTI visa promover a redução do sofrimento e a melhora da qualidade do atendimento oferecido ao paciente² em final de vida, melhorando a interação com a família e servindo de guia para a equipe. A questão norteadora desta dissertação foi: Como os Cuidados Paliativos podem auxiliar na assistência ao paciente com Limitação de Suporte de Vida em UTI?

² As palavras “multidisciplinar” e “paciente” serão utilizadas por serem termos mais utilizados dentro das UTIs.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Elaborar um Protocolo de Cuidados Paliativos para pacientes com Limitação de Suporte de Vida internados em UTI.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Propor a prática de Cuidados Paliativos a pacientes com Limitação de Suporte de Vida em UTI.
- Investigar o conhecimento da equipe multidisciplinar acerca dos Cuidados Paliativos e da Limitação de Suporte de Vida em UTI.
- Problematicar com a equipe multidisciplinar de UTI sobre o cuidado a pacientes com Limitação de Suporte de Vida.
- Construir com a equipe multidisciplinar da UTI ações de cuidados paliativos aos pacientes com Limitação de Suporte de Vida.
- Validar com a equipe multidisciplinar o Protocolo de Cuidados Paliativos para pacientes com Limitação de Suporte de Vida em UTI.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 MORTE E O PROCESSO DE MORRER

Assim como o nascer, a morte faz parte do processo de vida do ser humano. Entretanto, mesmo sendo algo natural do ponto de vista biológico, o ser humano se caracteriza por imprimir à sua existência significados e valores às coisas; por isso, a concepção de morte não é igual para todos e varia no decorrer da história entre suas diferentes culturas humanas. O ato de morrer, além de um fenômeno natural e biológico, contém intrinsecamente dimensões simbólicas relacionadas às ciências sociais (COMBINATO; QUEIROZ, 2006).

A morte e finitude são ensinadas nas experiências de vida, nas ciências da saúde e nas reflexões religiosas. A verdade que se conhece é que o processo de vida inclui nascer, viver e morrer. Não existe morte sem antes haver vida e a existência humana é mediada pela vulnerabilidade entre ambas através das situações que aproximam a finitude (SCHRAMM, 2002).

A morte é um dos grandes mistérios da vida, cercado de tabus. Ela não se refere apenas ao envelhecimento contínuo, à transitoriedade, ao declínio das forças vivas, mas também evoca outro mundo, um limiar intransponível, uma fronteira que delimita o desconhecido para os seres vivos (GIACOIA JUNIOR, 2005).

A morte na Antiguidade era tratada de maneira mais clara, com seus rituais específicos, criados para facilitar sua aceitação e superação. Até o século XII era vista com naturalidade, a pessoa morria em sua casa próxima à sua família. O indivíduo, quando sentia a proximidade de sua morte, iniciava os rituais e era parte ativa em todo o processo, com os preparativos, deixando tudo organizado para depois de sua partida. Nesse período era incomum e estranho alguém não passar por tudo isso antes da morte (OLIVEIRA; AMORIM, 2008).

Historicamente a visão da morte mudou. Os povos da antiga Mesopotâmia, considerada berço da civilização, tinham como costume enterrar os corpos dos seus mortos da maneira mais escrupulosa, cuidava-se com zelo extremo para que nada perturbasse ou faltasse na travessia, numa tentativa de manter as fronteiras entre vida e morte. Ao contrário disso, o ritual funerário dos antigos hindus não visava à edificação de pirâmides ou grandes mausoléus, mas sim à incineração crematória; o cadáver não era conservado, mas consumido pelo fogo, o que marcava a dissolução

integral da existência humana, sendo a morte vista como via de acesso ao Absoluto. Assim como os hindus, os gregos também cremavam os corpos dos mortos, mas havia um sentido aristocrático na morte, guardando as cinzas para tornar o indivíduo verdadeiramente imortal, cuja vida foi digna de lembrança (GIACOIA JUNIOR, 2005).

Para aproximar da atualidade, observa-se a história dos judeus, e da civilização cristã, na qual a visão da morte promovia o acesso para outra dimensão de vida, seja de sofrimento no inferno ou bem-aventurança no paraíso. Nessa visão religiosa, sepultam-se os mortos, sendo a morte uma espécie de sono de passagem para a vida eterna. De posse dessa herança cultural, a morte passa a ser uma vivência dessacralizada, leiga, e um modo de representação apenas no registro biológico (GIACOIA JUNIOR, 2005).

A visão biológica da morte surge no século XVIII com Descartes, que desenvolveu um método analítico que consistia em decompor o objeto de estudo em partes para, em seguida, organizá-lo na sua ordem lógica. Antes de Descartes a Medicina se preocupava com a interação do corpo e alma, tratando as pessoas no contexto social e espiritual. Com essa divisão entre corpo e mente, os médicos passaram a se concentrar no corpo, descuidando dos aspectos psicológicos, sociais e culturais da pessoa. Apesar dos avanços científicos e do surgimento de outros métodos de conhecimento, a respeito do processo saúde *versus* doença, o método cartesiano ainda prevalece (COMBINATO; QUEIROZ, 2006).

Outra questão a ser analisada sobre a vida e o processo de morrer foi a criação dos centros hospitalares, que antigamente não existiam da forma como são hoje. A posição assumida atualmente pelo paciente é a de passividade, acreditando que tudo o que está ocorrendo é para seu bem e não deve ser questionado. Institucionalizado em seu processo de morte, o paciente se distancia do convívio social e familiar, deixando até, muitas vezes, de ser olhado como pessoa pelos profissionais responsáveis pelo seu cuidado e pela própria família. (OLIVEIRA; AMORIM, 2008).

Este intenso desenvolvimento tecnológico na área da saúde nas últimas décadas criou a falsa ilusão de que a morte pode ser adiada por tempo indeterminado e qualquer problema que afete as condições de saúde pode ser superado. A negação da morte que ocorre na atualidade dificulta o entendimento acerca do cuidado ao fim da vida, podendo trazer prejuízos para o paciente. Um

paciente que vivencia o processo de morrer precisa de paz, descanso e dignidade (KUBLER-ROSS, 2001).

Porém, por mais avançada que esteja tecnologicamente a sociedade, ainda andamos a passos curtos nas questões éticas e morais perante a cultura do prolongamento da vida, que às vezes ocorre sem a autorização ou consentimento esclarecido do paciente. É tarefa dos profissionais envolvidos fazer o possível e o impossível para que seja prolongada a vida com saúde e dignidade (SCHRAMM, 2002). O desenvolvimento atual das biotecnologias complicou as antigas formas sociais de percepção, pensamento e sentimento a respeito da relação entre vida e morte (GIACOIA JUNIOR, 2005).

Segundo Kluber-Ross (2001), para que se possa dar assistência adequada aos pacientes em processo de morrer, é necessário compreender as reações e comportamentos que os mesmos, bem como seus familiares podem apresentar diante desse evento. A autora classificou a vivência da morte em cinco estágios, são eles: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Essas fases não possuem uma ordem de ocorrência ou cronológica, além disso, o paciente pode vivenciar, ou não, mais de uma vez determinado estágio. Os estágios nada mais são do que mecanismos de defesa da pessoa para enfrentar a morte, o que acarreta o surgimento, de forma acentuada, de conflitos emocionais, psicológicos, familiares, sociais e espirituais.

Esses estágios são vivenciados da seguinte forma, segundo Kluber-Ross (2001):

- Negação, como o próprio nome já sugere, o paciente não aceita de modo algum o seu estado, acreditando até que houve troca de resultados nos seus exames, e duvida da competência da equipe que está cuidando do seu caso (KUBLER-ROSS, 2001);
- Raiva é o momento de revolta e ressentimento, é a fase mais difícil de lidar com o paciente, devido à maneira como tal sentimento se propaga, muitas vezes, sem qualquer justificativa, o paciente age como se sua dor/problema fosse a maior injustiça do mundo (KUBLER-ROSS, 2001);
- Barganha é a fase das promessas e súplicas para que sua vida seja prolongada e que possa haver dias sem dor ou males físicos, é o momento em que o paciente se apegua à sua fé para fazer tais pedidos (KUBLER-ROSS, 2001);

- Depressão é a fase em que, devido às dificuldades do tratamento e ao grande tempo de hospitalização, aumentam sentimentos e pensamentos negativos, principalmente a tristeza (KUBLER-ROSS, 2001);
- Aceitação é o momento em que o paciente encara a sua realidade, passando a aceitar seu estado e destino, nesta fase a família vai precisar de ajuda, compreensão, apoio, solidariedade e carinho, afinal, na medida em que o paciente vai encontrando a paz, o seu interesse em viver diminui e isso tem efeitos impactantes na sua família. Vale ressaltar que nem todos os pacientes chegam a esse estágio, podendo manter seu conflito com a morte até que o dia chegue (KUBLER-ROSS, 2001).

A maioria dos indivíduos não está preparada para aceitar a morte, incluindo pacientes e seus cuidadores. A falta de conhecimento sobre os aspectos relacionados ao final da vida pode tornar a assistência ao paciente em processo de morrer uma experiência de fracasso e frustração para muitos profissionais. E, embora a morte faça parte do contexto da vida e da rotina do ambiente hospitalar, os integrantes da equipe de saúde, em geral, não estão preparados para enfrentá-la, nem lidar com a perda de seus pacientes (PAIVA; ALMEIDA; DAMÁSIO, 2014).

O luto da enfermagem se dá pela proximidade com o paciente e a sua família e isso traz sentimentos contraditórios em relação às atividades executadas, transformando-se em um sofrimento silencioso. Ao longo do tempo, no entanto, pode afetar a produtividade e a satisfação no trabalho. A atividade de enfermagem está relacionada à cura ou à melhoria de qualidade de vida. O processo da morte pode remeter o profissional para a sensação de fracasso, ou para a sensação de dever cumprido por proporcionar qualidade de vida nessa fase final do paciente (GUTIERREZ; CIAMPONE, 2006).

Kluber-Ross (2001) afirma que é importante conhecer os principais fatores implicados no processo de adoecer e morrer, pois ajudam o profissional a entender a experiência vivida pelo paciente, e este deve ser o centro da ação, resgatando a aproximação com a família e acolhendo seu sofrimento. Segundo Pessini (2000) o doente em processo de morrer deseja, antes de tudo, morrer em paz e dignamente, se possível reconfortado pela própria família e amigos. O prolongamento da vida não deve ser o único objetivo da prática em saúde, devendo igualmente ter em vista o alívio dos sofrimentos.

3.2 BIOÉTICA E DILEMAS RELACIONADOS AO MORRER EM UTI

A Bioética tem como objetivo facilitar o enfrentamento de questões e conflitos que permeiam a vida profissional, ou seja, dar subsídios para que os profissionais possam refletir em relação às diversas situações que envolvem a vida. A Bioética é definida como a “Ética da Vida”. É a ciência que tem como objetivo indicar os limites e as finalidades da intervenção do homem sobre a vida, identificar os valores de referência racionalmente aceitos e denunciar riscos dessas possíveis intervenções (JUNQUEIRA, 2007, grifo do autor).

A Bioética surge nos anos de 1970 com a publicação de duas obras importantes de Van Rensselaer Potter, considerado o “pai da Bioética”. Potter estava preocupado com os avanços da ciência, principalmente na área da biotecnologia, e propôs um novo ramo de conhecimento que fizesse as pessoas refletirem sobre as implicações do uso dessa tecnologia, criando uma ponte entre os conhecimentos científicos e humanísticos, a fim de evitar impactos negativos que a tecnologia pode ter sobre a vida humana (JUNQUEIRA, 2007, grifo do autor).

Propõe como fundamento ético o respeito pela pessoa e, para facilitar o enfrentamento dessas questões, um dos principais paradigmas difundidos é o princípalismo, que se fundamenta em quatro princípios: Beneficência, Não Maleficência, Autonomia e Justiça. Esses princípios passaram a ser construídos a partir do “Relatório de Belmont”, em 1978, para orientar pesquisas com seres humanos e, posteriormente, em 1979, Beuchamp e Childress estenderam a sua utilização para a área clínico assistencial, em sua obra “*Principles of biomedical ethics*”, transformando na principal fundamentação teórica no campo da ética biomédica (BEUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

Esses princípios têm sido frequentemente utilizados e são considerados como “ferramentas” para facilitar o enfrentamento das questões éticas na prática da saúde. Os princípios da Beneficência e Não maleficência, como sugerem os próprios nomes, significam “fazer o bem”, “evitar o mal”, sendo o benefício do paciente sempre a principal razão do exercício das profissões que envolvam a vida das pessoas, evitando o sofrimento, o dano. De acordo com o princípio da Autonomia as pessoas devem ter direito à privacidade, liberdade de decisão sobre sua vida, livres de influências, ou seja, devem ser o motor do seu próprio comportamento. E a igualdade de tratamentos, respeitando com imparcialidade o direito de cada um e

levando em consideração o que é devido a cada pessoa, é o que representa o princípio da Justiça (BEUCHAMP; CHILDRESS, 2013, grifo do autor).

A Bioética fundamenta-se em várias metodologias éticas e, como área de pesquisa, deve ter um olhar interdisciplinar, sendo seu propósito dar suporte e ajudar a responder questionamentos complexos, denominados dilemas (PAGANINI, 2011). Enfrentar dilemas e ponderar até chegar a conclusões e escolhas é uma característica habitual da condição humana (BEUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

Segundo o dicionário Aurélio (2014, não p.) a palavra dilema é

Uma alternativa em que não há opção satisfatória; uma conjuntura difícil (sem saída conveniente) ou argumento formado por duas proposições que se contradizem mutuamente (AURÉLIO, 2014, não p.).

Os dilemas éticos se caracterizam pela necessidade de optar por uma determinada situação, sendo necessários uma reflexão e diálogo para a escolha da melhor alternativa, com resultados desejáveis ou não e passíveis de questionamento moral. Não existe uma conduta pré-determinada, valores a serem seguidos ou respostas prontas, as escolhas são justificadas tecnicamente, sendo permeadas pela cultura, filosofia e valores que baseiam essa situação (MEDEIROS et al., 2012).

O processo de morrer, com o avanço biotecnológico das últimas décadas, tornou-se um problema para profissionais de saúde, um dilema ético, principalmente no que se refere à tomada de decisão no processo de morrer (MEDEIROS et al., 2012).

Os avanços tecnológicos aumentaram a sobrevida de pacientes com doenças consideradas incuráveis, o que leva ao prolongamento do processo de morrer e, consequentemente, ao maior sofrimento do paciente e seus familiares (SCHRAMM, 2002).

Dentro do ambiente hospitalar, é na UTI que são realizados os atendimentos aos pacientes mais graves ou em risco de morte, e o excesso de procedimentos realizados e a falta de limite para salvar vidas podem prolongar o processo de morte, gerando angústia, dor e ansiedade para o paciente, a família e a equipe multiprofissional. Esse sofrimento prolongado do processo de morrer é conhecido como distanásia, tratamento fútil ou obstinação terapêutica (MEDEIROS et al., 2012).

Nesse contexto, muitos pacientes morrem nas UTIs, o que tem gerado ampla discussão em torno dos dilemas éticos que envolvem a tomada de decisão no final da vida, questionando o paradigma da vida a qualquer custo. Decidir sobre limitar ou suspender um tratamento ou não reanimar um paciente exige uma mudança de atitude e desenvolvimento de competências profissionais que possam estabelecer fronteiras entre o que é cuidar e aliviar o sofrimento, pois diversas vezes, ao investir em alternativas tecnológicas, há a introdução de riscos e desconfortos para o paciente, prolongando sua vida, sem adicionar qualidade (PAGANINI, 2011).

O processo de tomada de decisão³ em UTI é um dilema para os profissionais de saúde, pois, desde a internação na UTI, as escolhas de tratamento afetam não só o paciente, mas seus familiares e a própria equipe. Baseando-se na ética, essas escolhas podem se tornar um problema, que pode ser resolvido, ou um dilema, no qual haverá necessidade de um julgamento com o objetivo de buscar o maior benefício e menor malefício para o paciente (PAGANINI, 2011). As situações que envolvem dilemas éticos no cotidiano profissional em saúde são frequentes, o que requer por parte do mesmo um fortalecimento acerca dos valores que norteiam suas condutas (MEDEIROS et al., 2012).

A existência de diversos critérios para a tomada de decisão nas condutas de final de vida, como os cuidados paliativos, o tratamento intensivo, a recusa/ não instituição/ suspensão de tratamentos fúteis, a solicitação da ortotanásia e outros torna necessária a reflexão bioética em torno do processo de morrer, envolvendo pacientes ou seus substitutos legais, familiares e profissionais de saúde, tornando essa decisão mais próxima do respeito e autonomia do paciente. Há necessidade de se discutir sob o olhar da bioética e do direito sobre essas questões, para que se garantam às pessoas momentos finais com qualidade e dignidade (LIMA; REGO; BATISTA, 2015).

A tomada de decisão no processo de morrer pode ter como protagonistas: o próprio paciente, se ele for capaz de responder por si e tomar livres decisões, ou expor de maneira antecipada o seu desejo; ou seu representante legal, no caso da incapacidade do paciente de responder por si. Em ambos os casos se busca garantir o respeito à autonomia do paciente, conforme a Resolução 1.995/2012 (CONSELHO

³ Tomada de decisão é um processo cognitivo que resulta na seleção de uma opção entre várias alternativas, por exemplo, decidir sobre limitar ou suspender um tratamento ou não reanimar um paciente (PAGANINI, 2011).

FEDERAL DE MEDICINA (CFM), 2012) e Resolução 564/2017 do Conselho Federal de Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN), 2017), que dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade do paciente, definindo que o mesmo pode decidir ou comunicar seus desejos/ decisões sobre cuidados e tratamentos que deseja ter, devendo o profissional levar em conta e registrar sobre as diretivas antecipadas do mesmo. A família também tem papel importante nessa tomada de decisão, mas é preciso ter em vista sempre o respeito à autonomia do paciente. Ao profissional de saúde cabe estar preparado e competente para intermediar e facilitar esse processo, respeitando a vontade e oferecendo os cuidados necessários (LIMA; REGO; BATISTA, 2015).

As tentativas para recuperação da saúde vão até certo limite, os procedimentos terapêuticos são finitos, o evento morte é complexo e cheio de dilemas éticos e profissionais que precisam ser trabalhados e suportados por princípios éticos, garantindo um cuidado humanizado e a dignidade no final da vida. A decisão de iniciar, prolongar ou suspender um tratamento é demasiada complexa, mas o limite para não prolongar está intimamente ligado à concepção de morte digna e à consciência das limitações de intervenção. O ideal é ouvir, sentir e pensar com o paciente e a família, para que dessa situação complexa apareça a solução mais correta possível (JUNGES et al., 2010).

3.3 LIMITAÇÃO DE SUPORTE DE VIDA

O avanço em tecnologias para a área da saúde fez com que atualmente seja possível manter suporte que prolongue a vida dos pacientes no ambiente de UTI. Porém, em alguns casos a medicina moderna ainda não encontrou soluções de cura, e o prolongamento da vida traz altos custos financeiros, sociais e psicológicos para todos os envolvidos no processo. A decisão de até quando prolongar a vida tem beirado os limites éticos e morais dos tratamentos de saúde (BITENCOURT et al., 2007).

O processo de morrer era visto antigamente com naturalidade, através de rituais específicos, e de forma a unir familiares e comunidade naquele momento. A Modernidade trouxe a morte para um parâmetro de quase tabu, devendo ser o tratamento de quaisquer doenças realizado em hospitais, tirando a autonomia do paciente na escolha de como chegar ao final de sua vida. A medicina moderna

trouxe vários benefícios à saúde, principalmente em relação a doenças infectocontagiosas, a diminuição da mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida; além disso, as novas terapias e tecnologias conseguem trazer um suporte artificial de vida avançado, porém o mesmo muitas vezes não é utilizado com cautela, prolongando o sofrimento de todos os envolvidos (LINHARES; SIQUEIRA; PREVIDELLI, 2013).

Pensando nos impactos dos tratamentos que prolongam a vida, o movimento de tratamento e assistência paliativa trouxe para o centro da discussão o morrer com dignidade, dando assim a autonomia para que a equipe médica consiga pensar em quais tratamentos são realmente necessários e quais seriam denominados fúteis, traçando os limites da terapêutica de pacientes em UTI, após discussão e acordo com o paciente e/ou sua família (BITENCOURT et al., 2007).

As discussões sobre limitação de suporte de vida como uma forma de oferecer uma morte digna⁴⁴ aos pacientes surgiram a partir dos anos de 1970 e se intensificaram com o tempo. Desde então, algumas metodologias foram desenvolvidas para orientação dos profissionais da saúde com relação à tomada de decisão e medidas de limitação de suporte de vida, assim como de Cuidados Paliativos (TROTТА, 2012).

Esses tratamentos são específicos de cada região do mundo, diante dos tipos de terapias disponíveis, condições socioeconômicas e crenças específicas de cada local. Essas características dificultam o desenvolvimento de consensos internacionais sobre este tema que possam padronizar o processo de tomada de decisão referente às questões de final de vida (BITENCOURT et al., 2007).

Em comparação com pesquisas realizadas no mundo, os Estados Unidos da América (EUA) e Canadá demonstram que 70% dos óbitos estão relacionados a limitações no suporte de vida, sendo a prevalência de retirada de medidas de suporte. Nos países europeus foram relatados índices de 72,6% de óbitos em UTI com terapêuticas limitadas de suporte de vida com uma diversidade de condutas. Isso demonstra a grande variação de condutas de acordo com a cultura específica de cada região, condições socioeconômicas, crenças e até mesmo questões legais que influenciam esses dados, o que dificulta a criação de parâmetros ou até mesmo

⁴ Morte digna ocorre quando o processo de morrer não é prolongado com tratamentos fúteis ou extraordinários que não lhe proporcionem nenhuma perspectiva de melhora (KOVACZ, 2014).

rotinas que norteiem as ações de saúde na assistência a pacientes em processo de morrer (BITENCOURT et al., 2007).

No Brasil, um estudo realizado em um hospital privado mostrou que 59,7% dos pacientes que foram a óbito tinham características em seus prontuários que sugerem a limitação de suporte de vida. As limitações incluíram os não responsivos às medidas de reanimação (37,3%), não adoção de medidas de suporte (35,8%), decisão de não reanimar (17,9%), retirada de medidas de suporte (6%) e morte encefálica (2%) (BITENCOURT et al., 2007).

Um estudo realizado na UTI Pediátrica do Hospital Universitário de Londrina/PR, avaliou através da análise de prontuários de pacientes que faleceram, a incidência de limitação de suporte de vida através da conduta médica e a participação familiar no processo de decisão terapêutica. Dos 148 prontuários que se classificaram para o estudo, foram apontados os seguintes dados: 52% dos casos de óbito foram por falha na ressuscitação e 35,1% tiveram ordem de não reanimar, mostrando uma relação significativa com o limite de suporte de vida (LINHARES; SIQUEIRA; PREVIDELLI, 2013).

Segundo Sprung et al. (2003) as discussões e pesquisas sobre a tomada de decisão de final de vida consideram cinco caracterizações de modo de morrer:

- Falha na Ressuscitação Cardiorrespiratória, definida como morte que ocorre apesar do tratamento sem restrições (SPRUNG et al., 2003);
- Morte Cerebral, quando não há fluxo sanguíneo cerebral e cessação da função cerebral (SPRUNG et al., 2003);
- Não oferta de tratamento de suporte de vida, caracterizada como decisão de não iniciar ou aumentar uma intervenção de sustentação da vida (SPRUNG et al., 2003);
- Retirada de tratamento, caracterizada por retirar uma intervenção já iniciada (SPRUNG et al., 2003);
- Encurtamento ativo do processo de morrer, definido como uma circunstância em que alguém realiza um ato para agilizar o processo de morte (SPRUNG et al., 2003).

Existem quatro razões para se optar por limitação de suporte de vida segundo Trotta (2012): o desejo do paciente de não ser tratado, quando o prognóstico de sua doença é de seu conhecimento, o tratamento disponível ser considerado fútil, a

qualidade de vida prevista ser inaceitável ou se a carga que o tratamento impõe não possa ser suportada pelo paciente. Para Mazutti, Nascimento e Fumis (2016) alguns fatores estão muito associados à limitação de suporte de vida, como a idade avançada, déficit cognitivo, gravidade da doença, presença prévia de comorbidades e qualidade de vida limitada, além do desejo dos pacientes e /ou familiares. Piva e Carvalho (1993, grifo dos autores), já atribuíam o termo “tratamento fútil” a quaisquer tratamentos que não visassem o conforto físico ou emocional do paciente, após decisão de limitação de suporte de vida.

Uma das primeiras medidas formais de limitação de suporte de vida descrita e adotada foi a Decisão de Não Ressuscitação (DNR), que ainda é largamente utilizada. É definida como atitude de não realizar qualquer intervenção ou medida de ressuscitação cardiorrespiratória em caso de parada cardíaca (MILES; CRANFORD; SCHULTZ, 1982). Para Morrison et al. (2010) os objetivos da ressuscitação cardiorrespiratória são preservar a vida, restaurar a saúde e limitar a incapacidade, respeitando-se as decisões, direitos e privacidade do indivíduo. Portanto, tentativas de ressuscitar um paciente fora de possibilidades terapêuticas pode ser considerado fútil (MILES; CRANFORD; SCHULTZ, 1982).

Para Lago, Garros e Piva (2007), pacientes adultos em processo de morrer podem decidir sobre as condutas que serão tomadas durante o seu final de vida, e pacientes pediátricos (crianças/menores de idade) necessitam da família, que possui papel fundamental para defender o interesse da criança. Os cuidados de pacientes em processo de morrer passam por quatro etapas que devem ser seguidas em ordem. Na primeira etapa, busca-se o consenso entre a equipe assistencial sobre a irreversibilidade da situação, esta primeira etapa finaliza após decisão consensual da equipe. A segunda etapa é a comunicação com a família que deve ser feita em lugar calmo e ameno, da forma mais clara possível.

Após muita paciência, compreensão e habilidade, vem a terceira etapa, na qual a equipe assistencial junto com a família, irá traçar os planos de final de vida, definindo limitações de suporte de vida e condutas que visem ao conforto do paciente. E, por fim, na quarta etapa as metas escolhidas serão aplicadas. Vale salientar a importância de um diálogo claro e objetivo com as famílias que possuem pacientes em processo de morrer, para que tenham tempo de se despedir e se preparar para a nova realidade que as aguarda (LAGO; GARROS; PIVA, 2007).

O que as famílias dos pacientes em processo de morrer esperam nesse caso é participação ativa na tomada de decisões da equipe assistencial, comprometimento, solidariedade, carinho, coordenação no atendimento, apoio e empatia por parte da equipe de profissionais envolvidos no atendimento, preservação da integridade da relação familiar e respeito à sua religiosidade (LAGO; GARROS; PIVA, 2007).

Existem lugares no mundo, como nos EUA, em que a opinião do paciente sobre o seu tratamento é soberana, já, na América do Sul e Europa, a opinião médica tem papel mais importante nas decisões. A formação de uma equipe multiprofissional com suporte de uma comissão ética é imprescindível para que sejam discutidos os casos e seus limites éticos e morais. O que se verifica é que, mesmo com amparo legal, moral e ético, a não adoção de novas medidas terapêuticas ou a suspensão de terapias já adotadas ainda não têm diferença e ainda faltam critérios para estabelecer a limitação de suporte de vida (BITENCOURT et al., 2007).

Segundo Forte (2015) a legislação brasileira apresenta diversas peculiaridades que interferem com o cuidado ao paciente que está morrendo. Como na maioria de outros países, a eutanásia é ilegal no Brasil (BRASIL, 1940, Art. 122) e proibida pelo Código de Ética Médica (CFM, 2012, Art. 6 e 66). A retirada ou limitação de suporte de vida buscando o conforto, ou a ortotanásia, ainda gera discussões em nosso meio, embora, em países europeus, nos EUA e Canadá, esse procedimento já seja aceito. O Código Penal de 1940 (BRASIL, 1940) não contempla as decisões sobre final de vida e UTI, visto que nessa época ainda não existia a maioria dos procedimentos com as tecnologias disponíveis na atualidade. Já o novo Código Civil (BRASIL, 2015) afirma em seu artigo 15 “que ninguém é forçado em risco de vida, a tratamento ou intervenção médica”. A Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) garante a inviolabilidade da integridade física, moral e psicológica, incluindo respeito às crenças e valores do cidadão, bem como repúdio à tortura, destacando-se aqui a distanásia.

Forte (2015) destaca dois trechos do Código de Ética Médica sobre dilemas nas decisões de final de vida:

1- Na fase final de vida, quando a morte se mostra iminente e inevitável, o médico deve oferecer cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando em

consideração a vontade expressa do paciente ou seu representante (CFM, 2012, Art. 41).

2- É vedado ao médico deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente (CFM, 2012, Art. 31).

Identificam-se várias tentativas de tornar a compreensão dos profissionais de saúde em torno dos dilemas sobre as decisões relacionadas às condutas de pacientes sem prognóstico mais objetivas. Neste sentido, a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.156 de 28/10/2016 (CFM, 2016), que estabelece critérios de prioridade para admissão de pacientes em UTI, determina que, em casos de doença incurável e terminal, é dever do médico oferecer todos os Cuidados Paliativos disponíveis. “Não deve empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando em consideração a vontade expressa do paciente ou de seu representante legal” e indica níveis de prioridade de atendimento, sendo a quinta prioridade o atendimento a esses pacientes, considerando-os como não apropriados para admissão na UTI. No entanto, a admissão pode ser justificada conforme as peculiaridades do caso e condicionada ao critério do médico intensivista (CFM, 2016).

Menezes e Ventura (2012), ao analisarem as dificuldades encontradas em relação à aprovação da Resolução 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina (CFM), que objetivava regulamentar a ortotanásia, se reportam ao desentendimento entre CFM e o Ministério Público. Na Resolução ficava permitido aos médicos limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolongassem a vida do paciente em fase terminal, e o compromisso para que o mesmo recebesse todos os cuidados para aliviar os sintomas que geram sofrimento, assegurando conforto físico, psíquico, social e espiritual. O entendimento do Ministério Público era de que a ortotanásia configurava um homicídio eutanásico. Em todo processo, o CFM buscou demonstrar que a ortotanásia consiste em uma conduta médica legítima e lícita. Somente em 2010, após quatro anos de intensas discussões, a Resolução foi aprovada, com importantes modificações em relação ao direito de autonomia do paciente e à recente modalidade de assistência a pacientes em processo de morrer, o Cuidado Paliativo. Essa Resolução enfatiza a possibilidade de uma gestão do processo de morrer direcionada a dignidade.

O debate em torno da decisão de limitação de suporte aponta paradoxos, de um lado há a exaltação da vida, tida como valor sagrado, e devendo ser preservada.

De outro lado, o sofrimento sem perspectiva de melhora da qualidade de vida, sem dignidade no viver e no morrer, havendo necessidade de refletir sobre possíveis modos de compreensão e respeito à vida e ao seu término (MENEZES, VENTURA, 2012).

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem brasileiro aponta ser responsabilidade e dever que os profissionais respeitem as diretivas antecipadas da pessoa, reconheçam e realizem ações que garantam seu direito ou de seu representante legal de tomar decisões sobre sua saúde, tratamento, conforto e bem-estar (Art. 42), e também indica ser proibido promover a eutanásia ou participar em prática destinada antecipar a morte do paciente (Art. 74) (COFEN, 2017).

No Brasil, limitar suporte só é ético quando respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal. Por não haver padronização de condutas, nem amparo legal suficiente, torna-se importante a presença de uma equipe multiprofissional e de Comissões de Ética e Bioética para auxiliar na tomada decisão, aprimorando, principalmente, a comunicação entre todos os membros da equipe, do paciente e sua família. Essas decisões devem ser obrigatoriamente documentadas nos prontuários dos pacientes (BITENCOURT et al., 2007).

Nas doenças crônico-degenerativas, incuráveis, ou denominadas terminais, pouco se tem a fazer na linha de investimentos terapêuticos e, caso mantido o tratamento, haveria aumento do sofrimento e do processo de morrer (prática da distanásia). Porém na linha de cuidados muito se tem a fazer, passando a aplicar a filosofia dos Cuidados Paliativos (MORITZ et al., 2008).

3.4 CUIDADOS PALIATIVOS EM UTI

Com o desenvolvimento da Medicina, o advento dos antibióticos e novas tecnologias, a morte deixou de ser um acontecimento natural. A busca pela cura e controle das doenças passou a ser cada vez mais frequente na prática da saúde, o que pode ser percebido no ambiente hospitalar e principalmente nas UTIs (FORTE, 2015).

A UTI é uma estrutura hospitalar que recebe pacientes em casos graves de saúde ou em casos de descompensação de um ou mais sistemas orgânicos. Alguns autores relacionam essa modalidade de pacientes internados àquela que a Enfermeira Florence Nightingale idealizou durante a Guerra da Crimeia, quando

descreveu vantagens de separar e classificar os feridos de acordo com o grau de dependência e gravidade, os mais graves ficando mais próximos à área de trabalho das enfermeiras (FONSECA; FONSECA, 2010).

As práticas da medicina intensiva consistem em aplicar recursos para a manutenção da vida, como fármacos, próteses, dispositivos eletrônicos, através de recursos humanos capacitados especificamente para esse cuidado intensivo. Pelo dinamismo do processo de trabalho, procedimentos complexos são comuns e executados sob condições rápidas, exigindo tomadas de decisão imediatas. O critério para manter um paciente nesse ambiente é o seu estado clínico, quando a severidade e gravidade exigem acompanhamento contínuo decorrente do risco iminente de morte. Por essas peculiaridades, a UTI é um local que apresenta um número elevado de mortes, exigindo atenção e prestação de serviços eficientes (FONSECA; FONSECA, 2010).

Apesar de sua importância e das vidas salvas nesse ambiente hospitalar, essa mesma tecnologia utilizada nas UTIs pode, em outras circunstâncias, tornar o internamento extremamente doloroso, sofrido e solitário, pois a necessidade de realização de procedimentos invasivos complexos frequentes e a necessidade de rapidez dos profissionais induzem ao cuidado tecnicista voltado à cura e ao controle das doenças. Aspectos relacionados à prevenção e ao alívio dos sintomas de sofrimento vividos pelos pacientes e seus familiares passam a ter menos importância em relação ao dinamismo e complexidade tecnológica desse setor (FORTE, 2015).

O cuidado intensivo está relacionado ao alcance da recuperação e garantia da vida do paciente, por isso, pacientes em processo de morrer em UTIs sofrem com a ideia de abandono das pessoas que cuidam da sua saúde, pois tal estado traz a equivocada ideia de que nada mais pode ser feito. Pensando nisso é que se pode enxergar a necessidade da inclusão e da adoção dos Cuidados Paliativos à prática assistencial para esses pacientes fora de possibilidades terapêuticas (SUSAKI; SILVA; POSSARI, 2006; SANTANA et al., 2009).

O termo Cuidado Paliativo, como se entende hoje, teve início nos anos de 1960 na Inglaterra, trazendo essa nova abordagem filosófica para o atendimento de pacientes sem possibilidade de cura. Anteriormente o termo *Hospice* foi utilizado para definir espécies de abrigos destinados ao conforto e a cuidados com peregrinos e viajantes. Em um local com estas características, o *St. Lukes' Home*, em Londres, a enfermeira e assistente social inglesa Dame Cicely Saunders foi trabalhar em

meados do século XX e, descontente com o sofrimento humano, estudou medicina, formou-se aos 40 anos de idade e dedicou-se ao estudo do alívio da dor nos doentes em processo de morrer. Em 1967, Cicely Saunders fundou em Londres o *St Christofer Hospice* e deu início ao que se chama hoje de Movimento *Hospice* Moderno. Em 1982 o Comitê de Câncer da Organização Mundial de Saúde criou um grupo de trabalho para definir políticas que visassem atender ao alívio da dor e aos cuidados do tipo *Hospice* para doentes com câncer e que fossem recomendáveis a todos os países. O termo Cuidados Paliativos passou a ser adotado pela OMS, em função das dificuldades de tradução fidedigna do termo *Hospice* em alguns idiomas (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CREMESP), 2008).

No Brasil essa prática ainda é atual, com início nos anos de 1990, e acentuado progresso nos últimos anos. O Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido pela Lei Federal nº 8080 de 1990, é pautado por princípios e diretrizes que dispõem sobre o acesso universal aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção, a integralidade de assistência, entendida como um conjunto de ações articuladas e contínuas em todos os níveis de complexidade do sistema, e a preservação da autonomia das pessoas (BRASIL, 1990). Seguindo essas diretrizes e princípios, foram editadas portarias, e uma resolução, que instituem e regulamentam a prática de Cuidados Paliativos no Brasil. Somente em 2005, com a criação da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), essa temática projetou-se institucionalmente. A partir de então, os Cuidados Paliativos foram regulamentados como área de atuação médica no Brasil, em agosto de 2011, conforme resolução do CFM (ANCP, 2016).

Cuidados Paliativos foram definidos pela Organização Mundial da Saúde em 2017 como:

Cuidado paliativo é uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e famílias que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida. Previne e alivia o sofrimento através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais ou espirituais (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), 2017).

É o cuidado ativo aos pacientes cuja doença não responde a nenhum tratamento curativo, sendo prioridade o manejo da dor e de sintomas que causem

sofrimento, além de problemas psicológicos, sociais e espirituais, com o objetivo de proporcionar qualidade de vida para o paciente e seus familiares (SILVA; SUDIGURSKY, 2008).

Os Cuidados Paliativos têm como objetivo primário o bem-estar do paciente, permitindo uma morte digna e tranquila. Caracterizam-se por cuidados prestados a pacientes críticos em processo de morrer, quando a cura está fora de questão, deixando de ser o foco da assistência. Seus princípios fundamentais são: aceitar a morte como um processo natural do fim da vida, priorizar sempre o melhor interesse do paciente, repudiar futilidades (diagnósticas e terapêuticas), não encurtar a vida nem prolongar a morte, garantir a qualidade da vida e do morrer, aliviar a dor e outros sintomas associados à condição de final de vida do paciente, cuidar dos aspectos clínicos, psicológicos, sociais, espirituais do paciente e seus familiares, respeitar sua autonomia e de seus representantes legais, avaliar o custo-benefício a cada atitude médica e estimular a interdisciplinaridade como prática assistencial (MORITZ et al., 2008).

Os Cuidados Paliativos são uma abordagem terapêutica que visam prevenir e aliviar os sintomas do sofrimento humano em todas as suas dimensões, são considerados como “filosofia do cuidar”, que se complementa ao cuidado curativo. Envolvem uma equipe multidisciplinar que inclui várias especialidades, como médicos, psiquiatras, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, conselheiros espirituais e sacerdotes. Todos são importantes para identificar e direcionar os problemas relacionados à internação em todas as esferas: física, espiritual e social (COSTA FILHO et al., 2008).

Com base nisso, verifica-se que ter competência para atuar em Cuidados Paliativos pode representar um diferencial na atuação de profissionais da área de saúde, pois busca um contexto assistencial diferenciado, aperfeiçoamento de habilidades e capacitação no atendimento ao paciente fora de necessidades terapêuticas. O benefício para os profissionais é significativo, porque além de agregar os seus conhecimentos tecnocientíficos na sua prática com o paciente, viabilizam a ortotanásia (o morrer bem e tranquilo) e evitam a eutanásia (morte por desligamento de aparelhos) e distanásia (prolongamento da vida por meios artificiais e desproporcionais) (SUSAKI; SILVA; POSSARI, 2006).

Por um longo tempo os Cuidados Paliativos foram sinônimo de terminalidade e sua prática reservada apenas a pacientes em processo de morrer. O final de vida traz consigo diversos questionamentos e, quando inserido no ambiente hospitalar, dificulta o estabelecimento de critérios entre a melhoria de qualidade de vida ou o prolongamento de sofrimento. Em UTI essas limitações terapêuticas são permeadas de embates bioéticos e morais, trazendo, por vezes, conflitos e dilemas entre a equipe de saúde, pacientes e familiares (GAUDENCIO; MESSEDER, 2011).

Pensando nos avanços tecnológicos da medicina, é possível oferecer suporte de vida artificial através de equipamentos e medicações, porém questiona-se a qualidade de vida oferecida. No cuidado intensivo, o mesmo tratamento indicado a pacientes agudos com possibilidades de cura é aplicado a pacientes crônicos sem expectativas de recuperação e muitos deles são dolorosos e traumáticos. A busca por salvar vidas se tornou superior à qualidade de tratamento, pois, a cada paciente crônico sem chances de recuperação que morre, isso faz com que o profissional se sinta derrotado. Alguns estudos mostram que vários médicos aplicam técnicas inapropriadas a pacientes em estado terminal para a manutenção da vida. Saber os limites de aplicação das terapias e a espera pelo final inevitável trazem certa sensação de impotência a esses profissionais (GAUDENCIO; MESSEDER, 2011). Os profissionais de saúde, principalmente os que atuam em UTI, devem aceitar a finitude de alguns tratamentos, evitando práticas que prolonguem o sofrimento do paciente (MACHADO; PESSINI; HOSSNE, 2007).

Dessa maneira, o final de vida é considerado um dos dilemas em Bioética, pois envolve tomar decisão por parte dos profissionais de saúde, que acabam tendo visões diferentes em diversos países pelo mundo, uma vez que os protocolos de atendimento nessas etapas de final de vida são estruturados especificamente de acordo com a realidade vivenciada. Na Europa e América do Norte, por exemplo, existem protocolos de não ressuscitação bem estabelecidos, dando ao paciente e familiares a possibilidade de saber até qual ponto a equipe de saúde pode atuar. Estudos mostram que efetivamente são feitas todas as terapias possíveis de suporte de vida, porém existem limites para o investimento na manutenção das mesmas. No Brasil não existem protocolos específicos descritos quanto ao não ressuscitar, porém a prática é realizada, mesmo sem ser descrita nos prontuários em inúmeros pacientes, para abreviar seu sofrimento e de sua família, uma vez que é sabido que

a terapia oferecida para a manutenção dessa sobrevivência não traz nenhum benefício ao paciente (GAUDENCIO, MESSEDER, 2011).

Por muitos anos houve a centralização da decisão sobre os Cuidados Paliativos na equipe médica, já que o poder decisório de cuidados diretos com a saúde, como medicações e procedimentos que compõem a conduta clínica, são de responsabilidade destes profissionais. Um estudo realizado em alguns hospitais da Bahia, envolvendo 161 médicos que trabalhavam em Unidade de Terapia Intensiva e Semi-Intensiva, coletou e analisou as opiniões dos mesmos em relação à decisão de prestar cuidados paliativos, suporte de vida e limitação de suporte de vida através de um questionário. Os resultados demonstraram que 89,4% haviam optado por não introduzir mecanismos de suporte de vida e que 77,7% deles analisavam as condições clínicas para a tomada de decisão. Essas decisões eram tomadas por eles próprios e discutidas em 19% dos casos com os pacientes, porém 77% dos médicos acreditavam que pacientes, familiares e equipe de saúde devem participar dessa discussão (GAUDENCIO; MESSEDER, 2011).

Ao se decidir por introduzir os Cuidados Paliativos e para que se alcance os resultados desejados, há necessidade de torná-los parte do planejamento da assistência. Um dos pontos mais importantes a ser observado está na qualidade de vida do paciente, que deve ser avaliada a todo o momento, sempre com o foco na manutenção de conforto físico e emocional. A abordagem deve ser humanizada e realizada com compaixão e veracidade entre os profissionais de saúde, pacientes e família, garantindo o acesso às informações e às terapias disponíveis possíveis para o controle e manejo de dor e outros sintomas (SILVA; SUDIGURSKY, 2008).

Forte (2015) reforça que todos os pacientes de UTI deveriam receber Cuidados Paliativos, uma vez que todos apresentam doenças que ameaçam a continuidade da vida, e isso não exclui a busca pela cura e pelo cuidado curativo, mas, sim, durante a evolução da doença, cuidados curativos e paliativos deveriam caminhar juntos. Lembrando que saúde não é a simples ausência de doença, mas a sensação de bem-estar físico, social e mental, então, os Cuidados Paliativos são uma abordagem que deve começar no momento do diagnóstico de uma doença grave e ameaçadora à vida.

Os Cuidados Paliativos em ambientes de Terapia Intensiva são aqueles prestados a todos os pacientes com risco de vida e com sintomas que comprometem a qualidade de vida. Podem e devem ser integrados ao cuidado curativo na UTI,

desde a admissão do paciente. De acordo com o objetivo prioritário do cuidado paliativo, o paciente de UTI pode se classificar em fases (MORITZ; ROSSINI; DEICAS, 2012) :

- Fase 1 - aplicável para a maior parte dos pacientes de UTI, quando a recuperação é provável e os cuidados curativos são a prioridade. Nesta fase o Cuidado Paliativo promove, por exemplo, o adequado controle de sintomas e a comunicação empática entre equipe, paciente e seus familiares (MORITZ; ROSSINI; DEICAS, 2012, p.29).
- Fase 2 - quando a recuperação ou o controle da doença são improváveis, e devem-se priorizar os cuidados que busquem o que o paciente entende por conforto e qualidade de vida, sempre com o consenso entre equipe, paciente e familiares (MORITZ; ROSSINI; DEICAS, 2012, p.29).
- Fase 3 - é a fase em que as situações de morte se tornam iminentes ou inevitáveis e o cuidado paliativo pode ser exclusivo, sendo todas ações voltadas à promoção do conforto, qualidade de vida e alívio dos sintomas tanto para pacientes, como seus familiares, preservando a dignidade (MORITZ; ROSSINI; DEICAS, 2012, p.29).
- Fase 4 - após o óbito, por meio de suporte e apoio aos familiares (MORITZ; ROSSINI; DEICAS, 2012, p.29).

Em todas as fases devem-se oferecer e manter cuidados individualizados, suficientes para garantir o atendimento físico, psicoemocional e sociocultural do paciente e sua família (MORITZ; ROSSINI; DEICAS, 2012).

Os Cuidados Paliativos reforçam a vida e não aceleram nem retardam a morte. É uma filosofia do cuidado que expressa a morte como parte integrante da vida. Para implantar os Cuidados Paliativos em UTI ainda existem algumas barreiras, como a escassez de políticas incentivadoras e o conhecimento dos profissionais da área da saúde, a medicalização, a segmentação do corpo e o não entendimento do ser humano na sua integralidade (FONSECA; FONSECA, 2010).

Pessini (2007) afirma que o paradigma da “vida a qualquer custo” ainda está presente nos dias atuais nas UTIs, bem como a falta aprimoramento para os Cuidados Paliativos, o que tem retardado torná-lo reconhecido como necessário dentro das UTIs. A falta de comunicação adequada entre membros da equipe e familiares também é um obstáculo para implantação dos Cuidados Paliativos nas UTIs (SILVA et al., 2013).

A relação entre Cuidados Paliativos e UTI é a conexão entre tomada de decisão pela equipe multidisciplinar e a fragilidade do paciente e sua família. É importante ampliar a conscientização, redirecionar medidas terapêuticas para aliviar o desconforto gerado pela internação na UTI, propondo uma transição entre

cuidados intensivos terapêuticos para cuidados intensivos fomentadores de alívio dos sintomas e do sofrimento, até sua morte, servindo as ações paliativas como ponto de suporte no plano assistencial desses pacientes (FONSECA; FONSECA, 2010).

A promoção e a presença de ações paliativas nos cuidados aos pacientes de UTI têm se tornado uma necessidade para redução do sofrimento e melhora da qualidade de vida e do atendimento oferecido ao paciente em processo de morrer, deixando a medicina mais próxima dos desejos e valores humanos (COSTA FILHO et al., 2008). Bem como a implantação de protocolos de Cuidados Paliativos pode servir de guia para a equipe multidisciplinar, promovendo um cuidado de vida e morte digna e tranquila (SILVA et al., 2013).

Para trazer os Cuidados Paliativos para a UTI, dois modelos são sugeridos segundo Forte (2015, grifo nosso), e escolher um desses deve ser o primeiro passo para a sua implantação:

- 1) Modelo Consultivo, no qual uma equipe de cuidados paliativos é envolvida no cuidado de pacientes com maior risco de morte e/ou sequelas e de seus familiares; e
- 2) Modelo de Integração, que visa incorporar princípios de cuidados paliativos à prática diária da UTI, abordando todos os pacientes e familiares que enfrentam doenças graves.

Transformar os Cuidados Paliativos na UTI em prática exige ter visão realista e criteriosa dos recursos disponíveis, das atitudes dos principais interessados, dos aspectos estruturais de atendimento e dos padrões de prática local na UTI e no ambiente hospitalar. Cuidar vai muito além de curar, e os Cuidados Paliativos em UTI podem trazer muitos benefícios para os pacientes, familiares e profissionais envolvidos (FORTE, 2015).

3.5 ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS

Dar suporte emocional para quem está necessitando, deixando de lado crenças religiosas e preconceitos sobre a morte e passar a ver o paciente em final de vida como pessoa e sujeito de sua própria vontade, com direito a uma morte digna é o que preconiza a assistência a ser prestada pela enfermagem humanizada (PESSINI, 2000, p.76).

É com base nessa citação que os cursos de enfermagem devem visar à formação dos alunos e é isso que deve ser discutido entre profissionais a respeito da morte e do processo de morrer (BERNIERI; HIRDES, 2007). A Enfermagem deve primar pelo princípio da abordagem mais humana e pode agregar o foco dos cuidados para uma forma mais atenciosa e menos técnica, afinal, cuidar exige contato e, por isso, emoção e compreensão devem estar presentes (NASCIMENTO; TRENTINI, 2004).

O cotidiano do cuidado intensivo tem despertado o interesse na realização de muitos estudos sobre qualidade de vida em pacientes em processo de morrer, descentralizando a visão médica do assunto, trazendo para a discussão a participação da equipe multiprofissional. O enfermeiro, especificamente, tem um papel imprescindível nessa situação, uma vez que é o profissional da saúde que mais passa tempo com o paciente, e assim consegue analisar de maneira concreta suas necessidades no dia a dia (GAUDENCIO; MESSEDER, 2011).

As pesquisas em enfermagem têm os Cuidados Paliativos como objeto de estudo. As análises dos dados têm características tanto quantitativas quanto qualitativas, com revisão de literatura, relatos de casos e reflexões das bases teóricas. Os principais pontos analisados são a assistência espiritual, a comunicação verbal e não verbal do paciente quanto às suas angústias e enfrentamento, a participação da equipe e paciente nas decisões terapêuticas e o processo ético de cuidados paliativos e limitação de suporte de vida (MONTEIRO; OLIVEIRA; VALL, 2010).

O processo de cuidar é visto como uma necessidade ao longo da vida e, em particular, o cuidar dessa fase final se torna um manejo especial para a manutenção da valorização da pessoa humana (SILVA; SUDIGURSKY, 2008).

Os Cuidados Paliativos têm como objetivo principal amenizar a dor, angústia e sofrimento do paciente para que seus momentos finais de vida sejam os mais agradáveis, dentro do possível.

Para conseguir oferecer assistência adequada é necessário que o profissional analise seus próprios conceitos e tabus sobre a morte. A morte tem que ser tratada como processo natural, o que não significa sem importância, e o profissional deve aprender a lidar com os sentimentos em relação à morte, finitude e vulnerabilidade, para assim conseguir cuidar do paciente e seus familiares dando o suporte emocional necessário (GAUDENCIO; MESSEDER, 2011).

Portanto, a qualificação dos profissionais de enfermagem em questões éticas e bioéticas, em especial nas situações de final de vida, torna-se fundamental. Devido à relação de cuidado que se estabelece com o paciente como pessoa, a enfermagem consegue ter tato para prestar um cuidado apurado, dando conforto e tranquilizando os pacientes, além de identificar em qual das fases do processo de final de vida os mesmos se encontram (SUSAKI; SILVA; POSSARI, 2006).

Em um estudo realizado por Santana et al. (2009) em um hospital público no interior de Minas Gerais, foram levantadas, através de entrevistas com a equipe de enfermagem, as principais percepções diante do tratamento a pacientes sem possibilidades de cura. Para esses profissionais, cinco pontos importantes foram identificados:

- 1) Percepção da necessidade de humanizar o cuidado a pacientes em processo de morrer, sobre a qual a equipe relata que o dia a dia tem cobranças pesadas e que às vezes o cuidado não sai com tanto carinho e atenção como deveria, porém, todos enxergavam a necessidade da produção do cuidado humanizado com foco no lado emocional e bem-estar;
- 2) A presença da família, em que a equipe de enfermagem tem o papel de proporcionar essa proximidade;
- 3) As necessidades básicas do paciente em processo de morrer, quando a equipe percebe a importância da vida do paciente, mesmo que essa esteja em seu estado final, e tenta ao máximo possibilitar que seus últimos desejos sejam atendidos;
- 4) Despreparo da equipe para lidar com a morte, por ser tratada como tabu, causando certo desconforto, onde a equipe busca competências tecnocientíficas para lidar com os problemas de saúde, mas não com a questão da morte;
- 5) Respeito dos limites, reanimar ou não reanimar, em que as questões éticas não são bem discutidas com a equipe de enfermagem, sendo centralizadas na mão dos médicos, cabendo à equipe normalmente apenas seguir as instruções, sem poder expressar sua opinião.

Em outro estudo, realizado com enfermeiros de um hospital público de João Pessoa – PB, concluiu-se que a compreensão de enfermeiros em relação aos Cuidados Paliativos ainda foge à sua essência, e as ações realizadas atuam apenas no alívio da dor e promoção do conforto (BARROS et al., 2012). Aquino, Góes e

Malcher (2016), ao estudarem a equipe de enfermagem de um hospital público em Santarém – PA, obtiveram como resultado que os profissionais reconheciam a importância da assistência relacionada aos Cuidados Paliativos, porém relataram serem em número insuficiente de profissionais para este cuidado, dificultando a implementação e gerando sobrecarga à equipe.

Ao analisar os discursos dos técnicos de enfermagem em relação aos Cuidados Paliativos, Costa et al (2014) concluíram que a equipe buscava resgatar a autonomia para lidar com o paciente em final de vida, uma vez que a assistência é, predominantemente, de responsabilidade da enfermagem. Consideram, porém que os Cuidados Paliativos ainda são um desafio para a sua prática devido ao despreparo para lidar com sentimentos de pena e fracasso que podem emergir ao cuidar desses pacientes.

A enfermagem, embora desempenhe suas funções com competência e destreza, ainda tem carências que merecem atenção e consideração, pois demonstram diversos sentimentos em relação à morte e ao processo de morrer. É fundamental a ocorrência de mudança de paradigma institucional valorizando o cuidar ao invés do curar, para a implantação de Cuidados Paliativos. A equipe necessita ser capacitada acerca do tema para conquistar a manutenção de sua saúde física e mental, bem como ser capaz de oferecer assistência digna ao paciente e sua família (PARENTONI, 2015).

A presença da enfermagem no processo de Cuidados Paliativos é imprescindível para seu sucesso. Entretanto, é necessária a realização de mais estudos para que se consiga fazer parte dos processos decisórios sobre os Cuidados Paliativos, e assim ter uma visão diferenciada sobre os desejos e situação de bem-estar do paciente. Cabe à equipe de enfermagem enfrentar seus tabus, crenças e medos em relação ao processo da morte e superar as frustrações, sensações de impotência e luto pessoal a cada paciente que morre. Essa tarefa não é fácil, visto que não há incentivo nem vivência sobre o tema nos cursos de formação, e, muito menos, no planejamento da educação continuada nos serviços (OLIVEIRA; AMORIM, 2008).

Os Cuidados Paliativos exigem grandes esforços da equipe de saúde para sua implementação, pois é necessário um olhar amplo para o entorno do paciente, envolvendo familiares, acompanhantes e demais profissionais envolvidos. O que se espera é a qualidade de vida e o conforto físico, mental e espiritual das pessoas,

portanto, os profissionais de enfermagem, e de saúde em geral, precisam conhecer e adquirir habilidades e transformar o modo de cuidado final de vida, garantindo uma atuação leve e serena diante da morte e processo de morrer CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA (COREN/SC), 2016).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

O referencial teórico-metodológico que sustentou este estudo foi a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), desenvolvida por Trentini, Paim e Silva (2014), que tem como objetivo articular a pesquisa e a prática assistencial, por meio da aproximação direta com o problema estudado, visando transformar a realidade.

A PCA surgiu da necessidade de aproximar o espaço existente entre teoria e prática, mostrando que é possível prestar assistência de qualidade pela análise de pensamentos teóricos. Diferencia-se de outras abordagens de pesquisa pela sua especificidade de estar vinculada a uma realidade por meio da participação do pesquisador e indivíduos envolvidos (LACERDA; COSTENARO, 2016).

Se caracteriza pela realização de mudanças e/ou inovações no contexto da prática assistencial, incorporando ações de pesquisa e assistência, dando valor à convergência de pontos entre o saber teórico e o saber prático. Sua essência tem finalidade de planejar e concretizar mudanças na prática assistencial na área de saúde e em especial na área de enfermagem, com o envolvimento do pesquisador em ações de assistência e de pesquisa (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Na PCA o essencial é a convergência, ou seja, a junção das ações de assistência com a de pesquisa no mesmo espaço físico e corporal, em contínua ação dialógica, de expansibilidade, imersibilidade e simultaneidade entre o pesquisador e o grupo profissional de assistência ((TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Além disso, existe uma preocupação com o objeto de pesquisa, uma vez que o tema precisa surgir das necessidades do grupo envolvido (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Por se tratar de uma pesquisa que ocorre dentro do campo assistencial em saúde, a PCA tem o propósito de obter transformações por construção de mudanças em práticas, elaboradas de modo participativo, revigorando a competência da equipe assistencial em saúde nos caminhos da ciência, fomentando a qualificação do próprio raciocínio e problematizando as mudanças. É na troca de experiência que o pesquisador e sua equipe vão associando, a partir do problema em estudo, novos problemas, podendo levar à expansividade da pesquisa e à construção da mudança inovadora (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

O pesquisador inserido no campo de investigação estabelece uma estreita relação entre ele e o campo de prática assistencial estudada, possibilitando que desempenhe o papel de participante da pesquisa, bem como se torna um potencial pesquisador ao trabalhar as questões de sua prática cotidiana (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Optou-se por este desenho metodológico por permitir problematizar e construir com a equipe multidisciplinar de UTI ações de Cuidados Paliativos para pacientes com Limitação de Suporte de Vida, melhorando a qualidade e efetividade da assistência prestada, pois a PCA objetiva desenvolver conhecimentos que melhorem as práticas da assistência no espaço da investigação por introdução de mudanças e/ou inovações, contando com a imersão do pesquisador na prática assistencial no decorrer do processo investigativo (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Segundo Trentini, Paim e Silva (2014) são quatro as fases de implementação da PCA, a concepção, a instrumentação, a perscrutação e a análise. A concepção representa a escolha do tema, estabelecendo os objetivos, os conceitos e pressupostos a serem utilizados na pesquisa. A instrumentação trata-se da escolha do local da pesquisa, dos participantes, bem como dos métodos e da escolha da técnica a ser utilizada para a obtenção e análise dos dados. A fase da perscrutação inclui a coleta e os registros dos dados a serem utilizados, a fim de produzir a construção científica das atividades de pesquisa. A análise dos dados é dividida em duas etapas: análise e interpretação. Na análise é realizada a apreensão dos dados e na interpretação é possível realizar a síntese, teorização e transferência, permitindo examinar subjetivamente os dados, descobrir os valores contidos nas informações e realizar uma fundamentação teórica, possibilitando contextualizar os achados.

A seguir apresentam-se descritas as fases:

4.2 FASE DE CONCEPÇÃO

Nesta fase o pesquisador decide o que irá investigar no seu contexto de prática profissional. Precisa definir quais são os problemas e o que poderia ser modificado. Para tanto, deve justificar a escolha do objeto de pesquisa, além de traçar objetivos. Por fim, também busca fontes de conhecimento na literatura (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

É a fase relacionada com a origem do problema de pesquisa, quando o pesquisador responde às perguntas sugeridas por Trentini, Paim e Silva (2014): O que pesquisar? Quais mudanças são necessárias para melhorar a assistência? Desta forma, nesta fase de concepção foram definidos a questão norteadora, os objetivos e o embasamento teórico dessa dissertação.

As escolhas do tema e dos objetivos se justificam pela trajetória da pesquisadora como Enfermeira intensivista, que vivencia na rotina diária de UTI a dor e o sofrimento de alguns pacientes com prognóstico ruim com alguns tratamentos invasivos, prolongados e fúteis, bem como a falta de preparo da equipe de saúde em lidar com o tema morte e o processo de morrer. Há também um interesse particular no estudo desta temática de Cuidados Paliativos, bem como a vontade de implantar essa filosofia de cuidado na UTI.

Segundo Trentini, Paim e Silva (2014), o pesquisador deve consultar outras pessoas envolvidas na prática assistencial a respeito do tema de pesquisa e iniciar o delineamento do problema de pesquisa a partir da sua vivência profissional. Corroborando com a escolha do tema, as coordenações médica e de enfermagem do local em estudo também percebem a dificuldade da equipe multidisciplinar no que se refere ao atendimento aos pacientes com Limitação de Suporte de Vida. Numa reunião com as mesmas, elas relataram que, na sua experiência diária, percebiam que a equipe multidisciplinar se via insegura quanto aos cuidados a serem realizados com pacientes em processo de morrer, pois não existe nenhum protocolo ou ações sistematizadas para a assistência a esse paciente.

4.3 FASE DE INSTRUMENTAÇÃO

Esta etapa consiste na definição do método e técnicas a serem utilizadas para realização da pesquisa (TRENTINI, PAIM, SILVA, 2014). Na fase de instrumentação os procedimentos foram detalhados, realizou-se a descrição do método para o alcance dos objetivos da pesquisa, ou seja, a escolha do espaço físico e dos participantes da pesquisa, os métodos e técnicas para coleta e análise das informações coletadas.

4.3.1 Local do Estudo

O estudo foi realizado em uma UTI Clínico- Cirúrgica de um hospital público, com atendimento exclusivo pelo SUS, situado na Cidade de Curitiba/Paraná. Trata-se de uma instituição que atende áreas de materno-infantil, de infectologia e cirurgias de correção de defeitos congênitos da face, e atualmente tem uma nova missão de ser um centro de excelência no atendimento aos acidentados em geral e, em especial, aos acidentes e doenças do trabalho. O hospital tem um total de 222 leitos de internação, sendo 30 leitos destinados para a UTI adulto. Destes, são 20 leitos para a UTI Geral e 10 leitos para a UTI Clínico-Cirúrgica, sendo esta última o local onde será realizada esta pesquisa.

A UTI Clínico-Cirúrgica é formada por uma equipe multidisciplinar especializada para atender 10 leitos. Os motivos de internamento variam, sendo os principais traumas decorrentes de pós-quedas, acidentes de trânsito e violência pessoal. A taxa de mortalidade também varia, dependendo da gravidade dos pacientes internados. A causa de óbito mais frequente está relacionada ao quadro de Choque Séptico Refratário, seguido de Complicações Cirúrgicas e Morte Encefálica (HOSPITAL DO TRABALHADOR, 2017;2018).

Durante o ano de 2016, segundo indicadores do serviço, a mortalidade e a limitação de suporte de vida estiveram interligadas no dia a dia da UTI Clínico-Cirúrgica. No mês de junho/2017, na UTI Clínico-Cirúrgica foram registrados cinco óbitos, sendo um Morte Encefálica e quatro pacientes que tiveram Limitação de Suporte de Vida, o que demonstra a necessidade de discutir com a equipe sobre Cuidados Paliativos para pacientes com Limitação de Suporte de Vida nesse setor (HOSPITAL DO TRABALHADOR, 2017;2018).

4.3.2 Participantes do Estudo

Na PCA, os participantes podem ser pessoas que atuam profissionalmente ou que recebem cuidados no local estudado (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). O termo “Cuidados Paliativos” é utilizado para designar a ação de uma equipe multiprofissional para pacientes fora de possibilidades terapêuticas, já que sua proposta consiste em cuidar do indivíduo em todos seus aspectos: físico, mental, espiritual e social (HERMES; LAMARCA, 2013). Portanto, os participantes deste

estudo foram os profissionais que faziam parte da equipe multidisciplinar da UTI Clínico-Cirúrgica do Hospital de estudo.

A equipe multidisciplinar da UTI Clínico-Cirúrgica em estudo é composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogas, nutricionistas, assistentes sociais, fonoaudióloga e os técnicos de enfermagem. Estima-se cerca de 45 profissionais atuantes nesse setor.

Na reunião multidisciplinar que ocorre diariamente, pela manhã, para discussão do quadro clínico dos pacientes internados e decisões sobre condutas a serem adotadas participam a médica diarista e residentes, a fisioterapeuta do turno da manhã, os enfermeiros do turno da manhã, a psicóloga, a nutricionista, a assistente social e a fonoaudióloga, eventualmente participam o farmacêutico e a enfermeira da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

Trentini, Paim e Silva (2014) ressaltam que essa metodologia é uma construção coletiva do trabalho, um processo de mudança e/ou inovação. O pesquisador, sozinho, não é capaz de concretizar mudanças no ambiente de trabalho. Por isso, ele precisa expor e negociar o projeto de mudança/inovação com os participantes da pesquisa.

Critérios de inclusão:

- 1ª etapa – Instrumento de Pesquisa: todos profissionais da equipe multidisciplinar que atuam e participam da assistência direta ao paciente na rotina diária da UTI Clínico-Cirúrgica.
- 2ª etapa – Grupos de Discussão: profissionais que participam da Reunião Multidisciplinar que ocorre diariamente na UTI Clínico-Cirúrgica.

Critérios de exclusão:

- Profissionais que estejam afastados por motivos de saúde, férias e Licença – prêmio no período da realização das entrevistas.

4.3.3 Aspectos Éticos

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital do Trabalhador/ Secretaria de Saúde do Estado do Paraná e aprovado sob o Parecer nº 2.252.834 (ANEXO 1).

O trabalho respeitou o contido na Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012), promulgada pelo Ministério da Saúde, referente à pesquisa com seres humanos. Esta resolução possui os quatro princípios básicos da bioética (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça), e visa assegurar os direitos e deveres da comunidade científica, dos participantes da pesquisa e do Estado, e no que se refere à confidencialidade, anonimato dos participantes, sigilo das informações e uso dos resultados unicamente para fins de publicação eventos e revistas de cunho científico.

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1) para a aplicação do instrumento de pesquisa e tiveram garantidos seu anonimato e a confidencialidade dos dados.

Os participantes foram identificados como P1, P2, P3, e assim sucessivamente, respeitando os aspectos éticos da pesquisa.

4.4 FASE DE PERSCRUTAÇÃO

Perscrutar significa examinar ou investigar rigorosamente algum tema ou assunto. A fase de perscrutação está entrelaçada com as fases de instrumentação e análise, ou seja, elas ocorrem simultaneamente. É nesta fase que se determinam as estratégias para a obtenção das informações e para a definição da análise dos dados (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

4.4.1 Coleta de Dados

Entre os métodos de coleta de dados que a PCA contempla e que foram utilizados nesta pesquisa, estão o questionário auto aplicável e a discussão em grupos. Estes métodos vão ao encontro dos objetivos da pesquisa qualitativa, que busca abstrair a subjetividade do problema, permitindo sua compreensão como um todo (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A coleta de dados para esta pesquisa foi realizada em duas etapas. A primeira ocorreu no mês de fevereiro de 2018, por meio de um instrumento de pesquisa com quatro perguntas abertas, com questões relacionadas à Limitação de Suporte de Vida e Cuidados Paliativos em UTI, que foi aplicado a todos profissionais atuantes da UTI em estudo (APÊNDICE 2). A segunda etapa ocorreu no mês de

maio de 2018, através de Grupos de Discussão durante a realização da Reunião Multidisciplinar diária da UTI. Os dados foram obtidos exclusivamente pela pesquisadora.

Para recrutamento dos participantes, a pesquisadora apresentou seu projeto de pesquisa a todos os colaboradores da UTI Clínico-Cirúrgica, nos três turnos, convidando para a participação no estudo. Para a aplicação do instrumento de pesquisa os participantes foram recrutados em seu horário de trabalho, individualmente. E, para os grupos de discussão, os participantes foram recrutados através de convite colocado no setor e encaminhado pelo grupo de Whatsapp da equipe multidisciplinar (APÊNDICE 3).

Na primeira etapa da pesquisa foi utilizado um instrumento de pesquisa (APÊNDICE 2) que foi estruturado em quatro perguntas com objetivo de investigar o conhecimento da equipe acerca dos Cuidados Paliativos e da Limitação de Suporte de Vida, bem como a percepção dos participantes de como os Cuidados Paliativos podem auxiliar na assistência a pacientes com Limitação de Suporte de Vida. Os instrumentos de pesquisa foram entregues individualmente pela pesquisadora a cada participante, durante seu horário de trabalho.

Devido à rotina intensa de procedimentos em UTI, alguns participantes solicitaram mais tempo para conseguir responder ao instrumento, o que foi permitido, desde que fosse entregue no mesmo dia.

Dos 48 profissionais atuantes, foi possível coletar um total 37 instrumentos preenchidos, havendo 4 recusas e os demais colaboradores afastados em período de férias e/ou licença prêmio/ saúde.

Posteriormente, os dados obtidos a partir do instrumento de pesquisa foram analisados e subsidiaram os temas para realização da segunda etapa, com os grupos de discussão na reunião diária com a equipe multidisciplinar.

Para a realização dos encontros foi utilizado o Grupo de Discussão (GD), que é uma técnica de pesquisa orientada para a coleta de dados através de discussões compartilhadas entre pessoas reunidas em um pequeno grupo em torno de um tópico sugerido pelo pesquisador, e que permite que se estabeleça uma via de acesso para analisar a opinião coletiva do grupo. A análise das falas dos participantes proporciona a identificação da importância coletiva de um determinado tema (WELLER, 2006). Segundo Trentini, Paim e Silva (2014), a técnica de GD

exige do pesquisador capacidades inerentes à coordenação de grupo, à pesquisa e à prática assistencial.

Os grupos de discussão têm sido utilizados na PCA com propósito de implementar projetos de prática assistencial, com a construção de conhecimentos acerca de temas emergentes do grupo. Conforme os grupos e suas discussões vão se desenvolvendo, são realizadas ações simultâneas de transmissão e troca de conhecimentos e experiências entre os participantes, permitindo a transformação da realidade (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Na segunda etapa da pesquisa foram realizados três encontros com a equipe multidisciplinar, de aproximadamente 40 minutos cada. Os encontros ocorreram antes da realização da reunião multidisciplinar diária da UTI, na qual participam cerca de 10 profissionais (um médico, dois enfermeiros, dois fisioterapeutas, um psicólogo, um nutricionista, dois assistentes sociais e um fonoaudiólogo). Optou-se por essa forma de grupos de discussão e por esse horário, antes da reunião multidisciplinar, devido à dinamicidade de trabalho dentro da UTI, sendo difícil tirar os participantes para outro ambiente. O encontro foi realizado num espaço de convivência dentro da UTI, que possui copa, sofá para descanso e TV, onde foi possível fazer a apresentação.

Para a realização dos grupos de discussão, foi utilizada a metodologia expositiva dialogada com auxílio de apresentação do conteúdo em *slides* pelo programa *Power Point*, da Microsoft.

No primeiro encontro foram apresentados os resultados obtidos no instrumento de pesquisa em relação aos conhecimentos da equipe sobre Cuidados Paliativos e Limitação de Suporte de Vida, também foram levantadas as expectativas para a construção do Protocolo de Cuidados Paliativos para pacientes com Limitação de Suporte de Vida em UTI (APÊNDICE 4).

No segundo encontro foram discutidas as ações multidisciplinares para a implantação de Cuidados Paliativos aos pacientes com Limitação de Suporte de Vida em UTI e decidido os itens a ser colocados no Protocolo (APÊNDICE 5).

E, para o terceiro encontro, já com a revisão de literatura realizada, as ações de Cuidados Paliativos em UTI descritas, foi elaborado pela pesquisadora um Protocolo de Cuidados Paliativos para pacientes com Limitação de Suporte de Vida em UTI (APÊNDICE 6). Nesse último encontro o Protocolo foi apresentado à equipe, foram discutidas melhorias e feita a revisão do mesmo. A construção prévia do

protocolo pela pesquisadora baseou-se em: evidências da literatura e nos dados coletados na 1ª etapa e na 2ª etapa.

Como as fases de Instrumentação, Perscrutação e Análise, propostas por Trentini, Paim e Silva (2014), ocorrem concomitantemente, a descrição desses processos será mais detalhada no capítulo posterior: Apresentação e Discussão dos Resultados.

Após a realização dos grupos de discussão, o conteúdo do Protocolo foi validado através de um instrumento construído pela pesquisadora (APÊNDICE 7), entregue à sete juízes e calculado pelo Índice de Validade de Conteúdo.

Em seguida, o Protocolo foi apresentado a todos os profissionais atuantes no serviço participante da pesquisa, servindo de guia para a equipe multidisciplinar, e à Direção do Hospital em estudo para ser institucionalizado.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A última fase da PCA é denominada Análise, a qual é composta de quatro processos: apreensão, síntese, teorização e transferência. Nesta pesquisa, as fases de Perscrutação e Análise ocorreram de forma simultânea, o que é uma característica fortemente evidenciada em pesquisas convergentes assistenciais, e em pesquisas qualitativas. De acordo com Polit e Beck (2011), em estudos qualitativos as etapas de amostragem, coleta, análise e interpretação dos dados podem ocorrer num mesmo momento.

Segundo Trentini, Paim e Silva (2014) o processo de **apreensão** é o estágio da coleta de informações. Ressalta-se que para a apreensão dos dados foi utilizado o instrumento de pesquisa na primeira etapa da pesquisa.

O próximo processo de análise da PCA é o de **síntese**, que consiste em reunir elementos diferentes, concretos ou abstratos, e fundi-los num todo coerente, definindo a relação entre temas e conceitos. Consiste em sintetizar as informações obtidas e identificar padrões que esclarecem o problema investigado, examinando subjetivamente as associações e variações das informações obtidas (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Nesta fase foi feita a contextualização dos dados obtidos no instrumento de pesquisa.

Uma estratégia recomendada pela PCA e utilizada na pesquisa foi a codificação, que consiste em marcar trechos das respostas obtidas, a fim de rastrear palavras e frases semelhantes que foram reunidas em categorias.

Todo o material gerado no instrumento de pesquisa foi submetido à análise temática, visando manter a coerência no processo de análise de todos os dados. Segundo Pope e Mays (2009) a análise temática é uma forma simples e comumente utilizada em pesquisas de saúde. Para Braun e Clarke (2006) a análise temática é um método para identificar, analisar e relatar temas dentro dos dados, ela organiza e descreve os dados obtidos em detalhes e oferece uma abordagem acessível e flexível para análise.

Para a análise temática dos dados obtidos foram realizadas as seis etapas descritas por Braun e Clarke (2006): familiarizar-se com os dados, gerar códigos individuais, procurar por temas, rever temas, definir e nomear temas e gerar os relatórios.

Conforme essas etapas, foram realizadas uma leitura e releitura aprofundada das falas obtidas, em seguida, feito o agrupamento dessas falas, identificando as relações entre as mesmas, para codificá-las e gerar temas interconectados. Após, foi realizada a avaliação de todos os dados para verificar se eles foram incluídos corretamente, o que é característico desse tipo de análise (POPE; MAYS, 2009), e então foram definidos os temas, que são um conjunto de expressões com características similares, contextualizando com os dados de literatura.

Os dados obtidos formaram cinco temas: (1) Caracterizando o perfil dos participantes, (2) Identificando a Limitação de Suporte de Vida, (3) Identificando os Cuidados Paliativos, (4) Aplicando Cuidados Paliativos em pacientes com Limitação de Suporte de Vida em UTI e (5) Descrevendo Ações Multidisciplinares de Cuidados Paliativos para pacientes com Limitação de Suporte de Vida em UTI.

O terceiro processo da Fase de Análise é a **teorização**, que consiste na identificação, definição e construção de relações entre um grupo de construtos de modo a possibilitar a resolução do problema investigado. É um processo de construções e reconstruções, um trabalho de verificação, seleção, revisão e descarte, para se chegar a um esquema que possa descrever e explicar o fenômeno estudado (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Nessa fase do trabalho, a pesquisadora reuniu os dados da literatura com os dados coletados na 1ª e 2ª etapas da Fase de Perscrutação, para elaborar o

Protocolo de Cuidados Paliativos para pacientes com Limitação de Suporte de Vida em UTI.

O quarto e último processo é o de **transferência**, ou transferência de resultados, que consiste na possibilidade de contextualizá-los e socializá-los, de maneira que permita sua aplicação na prática assistencial e modifique a realidade. A transferência atua em dois sentidos na PCA, um ligado à questão do problema estudado, e outro na ampliação do resultado de modo a permitir que novas práticas sejam incorporadas (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Para Trentini, Paim e Silva (2014) protocolos precisam estar em concordância com o conhecimento a ser transferido, pois transmitem o conhecimento produzido na pesquisa para uma linguagem acessível, possibilitando a transformação da realidade prática.

A fase de transferência nesta pesquisa correspondeu à apresentação do Protocolo para toda a equipe da UTI, servindo de guia para o cuidado ao paciente com Limitação de Suporte de Vida, e à Direção do Hospital para institucionalizá-lo.

A utilização da metodologia da PCA foi um facilitador da pesquisa, dado que proporcionou a convergência da prática assistencial com a pesquisa científica. Com auxílio da PCA foi possível identificar o conhecimento da equipe e levantar os cuidados a serem realizados aos pacientes com Limitação de Suporte de Vida em UTI, facilitando a elaboração do Protocolo a partir das questões do instrumento de pesquisa e das conversas abordadas no grupo de discussão, propondo a prática de Cuidados Paliativos a esses pacientes.

4.6 VALIDAÇÃO DO PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES COM LIMITAÇÃO DE SUPORTE DE VIDA EM UTI

Validação, segundo o dicionário Aurélio (FERREIRA, 2014), significa “ato ou efeito de validar, de tornar ou declarar algo válido, legítimo” ou “teste que comprova a validade, a correção ou concordância com padrões”.

Para validação do Protocolo de Cuidados Paliativos para pacientes com Limitação de Suporte de Vida em UTI, foi desenvolvido pela pesquisadora um instrumento de validação (APÊNDICE 7) a ser respondido por um comitê de especialistas, composto por dois domínios principais: Apresentação e Conteúdo, que foram subdivididos em domínios secundários. Trata-se de uma escala tipo Likert

com pontuação de 1 a 4, que teve como objetivo validar a relevância/representatividade de cada item dos domínios principais. Assim, as opções de respostas foram: 1 = não relevante ou não representativo, 2 = item necessita de grande revisão para ser representativo, 3 = item necessita de pequena revisão para ser representativo, 4 = item relevante ou representativo (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

A validação por comitê de especialistas ocorreu da seguinte maneira: foi entregue para os membros da equipe multidisciplinar, especialistas em UTI e participantes dos grupos de discussão, um envelope contendo o protocolo impresso e o instrumento de validação, e informado que eles teriam o prazo de 7 dias para devolver o instrumento preenchido. O escore do Índice de Validade do Conteúdo (IVC) foi calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados por “3” ou “4” pelos especialistas, dividida pelo número total de respostas. Para verificar a validade de instrumentos de uma forma geral, recomenda-se um valor de concordância mínima de 0,90 ou mais (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Foram entregues sete instrumentos de avaliação, com um total de 77 itens avaliados e o valor de concordância alcançado foi: IVC= 0,96, sendo o Protocolo considerado validado para uso.

O QUADRO 1 apresenta a síntese das fases da pesquisa convergente assistencial realizadas nesta pesquisa:

QUADRO 1 - SÍNTESE DAS FASES DA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL, CURITIBA, 2018

(CONTINUA)

FASES DA PCA	DEFINIÇÕES	FASES DA PESQUISA
CONCEPÇÃO	Fase em que o pesquisador decide o que irá investigar no seu contexto de prática profissional (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).	Como os Cuidados Paliativos podem auxiliar na assistência ao paciente com Limitação de Suporte de Vida em UTI?

QUADRO 1 - SÍNTESE DAS FASES DA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL, CURITIBA, 2018

(CONCLUSÃO)

FASES DA PCA	DEFINIÇÕES	FASES DA PESQUISA
INSTRUMENTAÇÃO	Fase em que os procedimentos são detalhados e realiza-se a descrição do método para o alcance dos objetivos da pesquisa, ou seja, a escolha do espaço físico e dos participantes da pesquisa, os métodos e técnicas para coleta e análise das informações coletadas (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).	<ul style="list-style-type: none"> Local de Estudo: UTI Clínico Cirúrgica de um hospital público, com atendimento exclusivo pelo SUS, situado na Cidade de Curitiba, Paraná. Participantes da Pesquisa: profissionais da equipe multidisciplinar que atuam e participam da assistência direta ao paciente. Coleta de dados: instrumento de pesquisa com quatro perguntas abertas e grupos de discussão.
PERSCRUTAÇÃO	É nesta fase que se determinam as estratégias para a obtenção das informações e para a definição da análise dos dados (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).	<ul style="list-style-type: none"> Investigar o conhecimento e problematizar com a equipe multidisciplinar sobre Cuidados Paliativos para pacientes com Limitação de Suporte de Vida em UTI.
ANÁLISE	É composta de quatro processos: apreensão, síntese, teorização e transferência. As fases de Instrumentação, Perscrutação e Análise ocorrem de forma simultânea (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).	Para a análise dos dados utilizou-se a técnica de análise temática, através da codificação dos dados obtidos na 1ª etapa, contextualizando-os num processo de construções e reconstruções reunindo dados de literatura e dados coletados na 2ª etapa para elaboração do Protocolo.

FONTE: Adaptado de PILER (2018).

LEGENDA: PCA – Pesquisa Convergente Assistencial

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A apresentação e discussão dos resultados estão divididas conforme as etapas da pesquisa. Na etapa 1 são apresentados e discutidos os temas obtidos através da análise do Instrumento de Pesquisa, e na etapa 2 são descritos os Grupos de Discussão, conforme quadro explicativo a seguir:

QUADRO 2 - SÍNTESE DOS RESULTADOS DA PESQUISA

ETAPAS	APRESENTAÇÃO
ETAPA 1 – FASE DIAGNÓSTICA (INSTRUMENTO DE PESQUISA)	<ul style="list-style-type: none"> • Quanto ao perfil dos participantes: Quadro 3. • Identificando Limitação de Suporte de Vida • Identificando Cuidados Paliativos • Cuidados Paliativos como alternativa de cuidado ao paciente com Limitação de Suporte de Vida em UTI <p>Ações Multidisciplinares de Cuidados Paliativos para pacientes com Limitação de Suporte de Vida em UTI:</p>
ETAPA 2 – ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO (GRUPOS DE DISCUSSÃO)	<ul style="list-style-type: none"> • 1º Encontro – Apresentação de Resultados da Etapa 1 e expectativas do Grupo. • 2º Encontro - Construção de ações multidisciplinares de Cuidados Paliativos à pacientes com Limitação de Suporte de Vida em UTI. • 3º Encontro - Protocolo de Cuidados Paliativos para pacientes com Limitação de Suporte de Vida em UTI. • Validação do Protocolo de Cuidados Paliativos para pacientes com Limitação de Suporte de Vida em UTI.

FONTE: A autora (2018).

LEGENDA: UTI – Unidade de Terapia Intensiva

5.1 ETAPA 1 – FASE DIAGNÓSTICA

Nesta etapa foi aplicado o instrumento de pesquisa (APÊNDICE 2) à equipe multiprofissional da UTI Clínico Cirúrgica. Esse instrumento foi estruturado em quatro perguntas com objetivo de investigar o conhecimento da equipe acerca dos Cuidados Paliativos e da Limitação de Suporte de Vida, bem como a percepção dos participantes de como os Cuidados Paliativos podem auxiliar na assistência a pacientes com Limitação de Suporte de Vida em UTI.

Foi possível coletar um total 37 instrumentos preenchidos. Enquanto os participantes respondiam, pôde-se observar algumas dificuldades, como

comentários entre os participantes para ajuda nas respostas, e procura no celular para auxiliar nas respostas de algumas questões, o que foi desconsiderado pela pesquisadora.

Os dados coletados mediante a aplicação do instrumento foram analisados e categorizados, de forma devidamente organizada nos parâmetros de análise de pesquisa e apresentados a seguir (QUADRO 3):

QUADRO 3 - CARACTERIZANDO OS PARTICIPANTES DE ACORDO COM A CATEGORIA PROFISSIONAL, TEMPO DE ATUAÇÃO, IDADE E SEXO, CURITIBA, 2018

CATEGORIA PROFISSIONAL	Nº DE PARTICIPANTES	TEMPO DE ATUAÇÃO EM UTI	IDADE (VARIAÇÃO)	SEXO
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	18	De 2 meses a 17 anos	21 – 53 anos	2 homens 16 mulheres
ENFERMEIRO (A)	6	De 2 meses a 14 anos	29 – 49 anos	6 mulheres
FISIOTERAPEUTA	3	De 2 a 7 anos	24 – 31 anos	3 mulheres
PSICÓLOGO (A)	2	4 anos	30 - 38 anos	2 mulheres
ASSISTENTE SOCIAL	2	Aproximadamente 10 anos	43 – 51 anos	2 mulheres
MÉDICO (A)	5	De 1 - 8 anos	30 – 38 anos	2 homens 3 mulheres
NUTRICIONISTA	1	1 ano	25	mulher

FONTE: A autora (2018).

Nesse quadro foi possível observar que o instrumento de pesquisa contempla toda a categoria de profissionais da equipe multidisciplinar da UTI Clínico Cirúrgica, devido a aceitação de todas profissões a participarem do estudo, conforme o propósito desta pesquisa. O tempo de experiência trabalhando em UTI variou entre dois meses a 17 anos, sendo de uma técnica de enfermagem e uma enfermeira (2 meses), e de outro técnico de enfermagem (17 anos), respectivamente. A maioria dos entrevistados foram mulheres, sendo apenas quatro participantes do sexo masculino, dois técnicos de enfermagem e dois médicos. A idade média dos participantes varia de 21 a 53 anos, sendo ambas as idades de duas técnicas de enfermagem.

Existe como característica a variedade de profissões, idades e tempo de experiência dos participantes, o que enriquece a análise dos dados, dando uma diversidade de respostas para cada tema.

A partir da coleta, organização, familiarização, codificação e classificação, os dados foram categorizados e serão apresentados a seguir.

5.1.1 Identificando a Limitação de Suporte de Vida

Desde os anos de 1990 dilemas de final de vida passaram a ser mais estudados e discutidos, visando à morte com dignidade. Nesse período o conceito de Limitação de Tratamento de Suporte de Vida, que envolve a ordem de não reanimar, a não oferta e retirada de suporte de vida, surgiu com a finalidade de evitar tratamentos fúteis e prolongar o sofrimento (PIVA; CARVALHO, 1993).

A Limitação de Suporte de Vida tem sido aplicada como uma das estratégias para minimizar a dor e o sofrimento quando o prognóstico do quadro clínico se torna irreversível (PAIVA; ALMEIDA; DAMÁSIO, 2014). Seguindo essa definição e analisando as falas obtidas pela equipe, pôde-se averiguar que os profissionais envolvidos no estudo entendiam o tema, pois essa prática faz parte da rotina diária da UTI. Muitos correlacionaram com assuntos envolvidos com a Limitação de Suporte de Vida, como **pacientes sem prognóstico e a não oferta ou retirada de tratamentos fúteis**. A seguir algumas dessas falas:

“Retirar ou limitar suporte como drogas vasoativas, exames de rotina... em pacientes incuráveis, que não existe prognóstico favorável” (P17)

“Entendo que seja um recurso terapêutico para pacientes em que medidas para reversibilidade do quadro atual de saúde não são mais possíveis e tornam-se fúteis e causa de sofrimento ao paciente”. (P22)

“Não instituir medidas (medicamento, procedimentos, monitorização invasiva) que caracterizem futilidade terapêutica mediante um quadro de doença sabiamente incurável, evoluindo para terminalidade, evitando assim a distanásia” (P 30)

“Quando o paciente tem um quadro clínico irreversível, em que o suporte avançado de vida se torne fútil. Neste caso, é indicada a retirada deste suporte ou, pelo menos, não acrescentar mais suporte ao quadro atual.” (P 32)

Atualmente há uma preocupação em privilegiar o “morrer com dignidade”, em vez de prolongar o sofrimento de pacientes sem prognóstico em UTI, a Limitação de Suporte de Vida pode ser utilizada para evitar esses tratamentos fúteis (MAZUTTI; NASCIMENTO; FUMIS, 2016). O que se pode verificar de maneiras variadas nas falas a seguir, como **oferecer morte digna ao paciente**, bem como **não fazer distanásia** ou **não prolongar o sofrimento** do paciente:

“Limitar é deixar de oferecer algo que não irá trazer mais mudança no prognóstico do paciente, somente prolongando o sofrimento” (P10)

“Restringir a oferta de recursos farmacológicos, diagnósticos e assistência de um suporte avançado de acordo com o prognóstico do paciente, isso é, quando não será viável, mantendo o padrão para qualidade de ‘morte digna’.” (P12)

“Onde favorece ao paciente uma morte digna e não prolongar o sofrimento do paciente e família.” (P15)

Conflitos bioéticos podem surgir em relação à tomada de decisão para Limitação de Suporte de Vida em UTI. O envolvimento da equipe multiprofissional com suas competências e habilidades profissionais, bem como as vontades do paciente e sua família são elementos essenciais para essa decisão (MORITZ, 2012).

Verificando as falas dos participantes, observou-se que alguns profissionais destacaram o **envolvimento da equipe multiprofissional e da família** nesse processo:

“Uma decisão tomada diante da análise da equipe multidisciplinar, onde é avaliada a condição clínica do paciente de sobreviver. A família é consultada em muitos casos, e a limitação será decidida da melhor forma” (P 8)

“É quando é decidido entre a equipe envolvida no atendimento do paciente junto com a família do doente que não vai mais ser investido no tratamento do doente.” (P21)

“Conjunto de medidas para o paciente em condição clínica intratável ou irrecuperável, limita-se os procedimentos invasivos, ATBs de amplo espectro, não reanimação, e o viés é voltado para a qualidade do tempo de vida. A família permanece participativa e informada sobre o quadro.” (P23)

“Deixar de oferecer determinados cuidados/ parâmetros/ drogas, doses por decisão conjunta: profissionais assistentes, paciente e família, a fim de não causar distanásia.” (P29)

A possibilidade de novos diagnósticos e o aparecimento de novos tratamentos através do uso da tecnologia permitiram que doenças, antes incuráveis, atualmente possam ser tratadas e pacientes graves possam ser mantidos por longos períodos com suporte vital em UTIs. Esse avanço tecnológico faz com que os profissionais de saúde se sintam pressionados a oferecer aos pacientes todos os recursos possíveis, independente do prognóstico (PARANHOS, 2011).

Entretanto, em alguns casos a morte é inevitável, sendo apenas lentificado e prolongado o processo de morrer, causando, muitas vezes, mais sofrimento e dor ao paciente e sua família (BITENCOURT et al., 2007).

A Limitação de Suporte de Vida tem o propósito do “morrer com dignidade”, fazendo com que os profissionais de saúde passem a discutir e se confrontar com decisões de recusar ou suspender tratamentos considerados fúteis, valorizando o respeito ao paciente e mantendo sua dignidade na fase final de sua vida (LAGO et al., 2005).

A tomada de decisão sobre Limitação de Suporte de Vida é um processo que se inicia pela aceitação da morte e envolve uma decisão compartilhada e unânime entre equipes assistenciais, o paciente, quando possível, e sua família. Há duas decisões a se considerar: uma é manter todo tratamento até que ocorra o óbito, considerado tratamento fútil, e a outra é proceder com a limitação de suporte, reconhecendo a inutilidade do tratamento (TROTТА, 2012).

Sobre os conhecimentos da equipe multidisciplinar acerca da Limitação de Suporte de Vida, pode-se concluir que os mesmos entendiam e identificavam os assuntos correlacionados a esse tema, associaram que deve ser uma decisão conjunta dos profissionais envolvidos na assistência com o paciente e sua família, bem como a Limitação de Suporte de Vida deve ser uma medida para não prolongar o sofrimento e promover uma morte digna aos pacientes sem possibilidade de melhora.

5.1.2 Identificando os Cuidados Paliativos

O Cuidado Paliativo é definido como uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes e famílias que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida. Seu objetivo é prevenir e aliviar o sofrimento através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais ou espirituais (OMS, 2017).

Diante desse conceito, os Cuidados Paliativos devem ser oferecidos a todos os pacientes internados em UTI, já que os pacientes admitidos nesse setor estão enfrentando problemas de saúde com doenças que ameaçam sua vida. Em decorrência dessa realidade, é fundamental a consolidação dos Cuidados Paliativos como uma filosofia de cuidado no ambiente de UTI, sendo indispensável a implementação de um atendimento qualificado de toda equipe multidisciplinar, com objetivo de assistir o paciente em final de vida em todas as suas dimensões, garantindo o seu bem estar e respeitando a sua dignidade (SILVA et al., 2013).

Ao analisar os dados obtidos, podem-se observar palavras correlacionadas com Cuidados Paliativos e que se repetem em várias falas, como, por exemplo, **alívio do sofrimento**, oferecer **morte digna**, oferecer **qualidade de vida**, **alívio da dor e promoção do conforto ao paciente**, concluindo que havia um entendimento da equipe sobre esse tema, como nas falas dos participantes:

“Conjunto de cuidados em pacientes em probabilidades terapêuticas, oferecendo uma morte digna e diminuição do sofrimento em pacientes incuráveis e em estágio avançado de determinadas doenças, prevenindo alívio do sofrimento e dor, tanto para paciente como para familiares” (P17)

“Cuidados Paliativos, para mim, é manter o paciente confortável, sem dor, depois que já foi feito tudo o que se podia fazer para dar uma qualidade de vida” (P27)

“Conjunto de medidas que visem o conforto do doente numa fase terminal ou incurável de uma doença.” (P33)

“Proporcionar ao paciente condições mais confortáveis e dignas nos momentos finais de vida, com relação à higiene, alimentação, medicação, etc.” (P36)

Os Cuidados Paliativos, por se tratar de uma abordagem complexa e que objetiva atender todas as dimensões do paciente e sua família, priorizam uma equipe multidisciplinar. Esse cuidado implica numa relação interpessoal entre as pessoas que cuidam e as que são cuidadas, sendo as intervenções técnicas secundárias à relação que se estabelece entre paciente, família e equipe (CARDOSO et al., 2013).

Pode-se verificar que os profissionais entendiam que os cuidados paliativos são uma **abordagem que envolve a equipe multiprofissional**, e que esta deve promover assistência não só ao **paciente**, mas também à sua **família**:

“São os cuidados realizados a pacientes, e também à família, cuja doença é irreversível e levará a morte, visando promover o bem-estar e a dignidade no processo de morte” (P1)

“É um conjunto de cuidados que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, proporcionando alívio do sofrimento, dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual” (P25)

“A introdução/ visão de cuidados multidisciplinares que visam o conforto do paciente/familiar, sejam eles exclusivos ou não, mas que têm por objetivo qualidade de vida” (P29)

“Assistência e medidas de conforto para o paciente envolvendo família e equipe multidisciplinar para assistir o paciente quando a terapêutica curativa não é possível” (P31)

Os Cuidados Paliativos surgiram nos anos de 1980 no Brasil, e eram cuidados destinados à pacientes terminais de câncer (FALCO et al., 2012). Algumas respostas obtidas demonstram que o entendimento sobre Cuidados Paliativos ainda é visto como um **cuidado realizado principalmente para pacientes terminais**:

“São os cuidados ou medidas de conforto que prestamos para amenizar o sofrimento de pacientes terminais” (P13)

“Cuidados e assistência realizada por uma equipe multidisciplinar com objetivo de qualidade de vida para paciente perante a doença terminal” (P11)

No entanto, em 2002 e novamente em 2017, denotando ampliação desse entendimento, os Cuidados Paliativos foram redefinidos como uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes que enfrentam problemas relacionados a doenças ameaçadoras da vida (OMS, 2017).

Em duas falas, verifica-se essa compreensão dos participantes, de que essa **abordagem deve ocorrer desde o início do diagnóstico do paciente**:

“Medidas a serem tomadas para garantir conforto e alívio de sofrimento. Devem ser iniciados desde o início do diagnóstico de uma doença crônica incurável, paralelamente aos cuidados terapêuticos específicos” (P30)

“São cuidados que visam o bem-estar clínico do paciente e que devem ser iniciados em qualquer estágio de sua doença, independentemente se ela é terminal ou não” (P32)

Alguns participantes, técnicos de enfermagem, consideram os **Cuidados Paliativos como a própria assistência de enfermagem prestada** por eles no dia a dia da UTI, por serem os profissionais mais envolvidos no processo de cuidar. Porém essa compreensão deve ser questionada, pois os Cuidados Paliativos devem estar inseridos em um modelo de cuidado humanizado, tratado não apenas como uma obrigação, mas baseado em respeito e solidariedade (SANTANA et al., 2016):

As falas abaixo demonstram o posicionamento dos participantes:

“Banho, medidas de conforto, como mudança de decúbito, medicação conforme prescrição médica troca de fralda, dieta, etc.” (P5).

“É mantendo os cuidados normais de assistência juntamente com sedação e medidas de conforto” (P7)

“São os mesmos cuidados como uma pessoa que tem 100% de chance de sair da UTI, mudança de decúbito, banho, troca de curativos, higiene oral...” (P19)

“Cuidados paliativos é fazer as medicações prescritas que tiver, dar conforto, fazer todos os cuidados igual aos outros pacientes” (P21)

Segundo Paranhos (2011) para ter uma morte digna o paciente precisa de qualidade de vida, cuidado centrado no mesmo e em sua família, decisão compartilhada, alívio do sofrimento, comunicação clara, ambiente acolhedor, relacionamento de ajuda entre todos e conhecimentos específicos sobre Cuidados Paliativos.

A discussão e conhecimento sobre Cuidados Paliativos proporciona aos profissionais de saúde a melhoria da assistência prestada, mostrando um cuidar mais humano com preocupação no bem-estar, alívio da dor e conforto do paciente e sua família (FALCO et al., 2012).

Em UTI a morte é previsível, uma vez que as pessoas ali internadas têm sempre uma condição ameaçadora da sua vida, e a filosofia de Cuidados Paliativos deve ser aplicada para todos os pacientes de UTI, juntamente com recursos farmacológicos e tecnológicos, sempre considerando o bem estar do paciente e sua família (FALCO et al., 2012).

Conclui-se, através das falas da equipe multidisciplinar, que havia a compreensão de que os Cuidados Paliativos são uma abordagem multidisciplinar, e possuem várias intervenções para o alívio dos sintomas de sofrimento físico, psicossocial e espiritual, garantindo melhor qualidade de vida ao paciente e sua família, devendo ser iniciado desde a admissão do paciente na UTI, dentro de um modelo de cuidado humanizado.

5.1.3 Aplicando os Cuidados Paliativos em pacientes com Limitação de Suporte de Vida em UTI

Em relação à pergunta feita aos participantes da pesquisa sobre se concordavam que os Cuidados Paliativos podem auxiliar na assistência ao paciente com Limitação de Suporte de Vida, constatou-se que havia um consenso entre todos de que sim, e dentre as principais justificativas está a de que todo ser humano tem o direito de morrer sem sofrimento.

Existem particularidades sobre o paciente que interna em UTI. Na maioria das vezes são admitidos quando existe possibilidade de reversão da doença; entretanto, a evolução pode ser desfavorável e a equipe deve estar preparada para saber interpretar quando o paciente não irá mais se beneficiar com o tratamento intensivo. Nessas situações, os Cuidados Paliativos se tornam imprescindíveis e complexos o suficiente para propiciar uma atenção específica e contínua para o paciente e sua família, prevenindo uma morte com sofrimento (MORITZ, 2012).

É importante destacar que, diante da irreversibilidade da doença e da proximidade com a morte, deve-se superar o conceito de que “não há mais nada a fazer”, pois sempre há um tratamento para controlar e aliviar os sintomas e sofrimentos do paciente, e, para que isso ocorra, a equipe multiprofissional deve estar preparada para readequar o cuidado intensivo para o paliativo (MORITZ, 2012).

Nas falas dos participantes pode-se identificar o reconhecimento dos profissionais que afirmaram que o Cuidado Paliativo pode contribuir para a assistência a pacientes com Limitação de Suporte de Vida, como afirma Gulini et al. (2017), prestando um cuidado que vise conforto e bem-estar ao paciente e seus familiares:

“Sim, porque tem como objetivo o alívio do sofrimento e a humanização no processo de morte” (P1)

“Sim, acredito que contribuem para uma melhor qualidade de vida, possibilita uma discussão ética a respeito de distanásia x ortotanásia, aproxima os familiares dos cuidados, além de envolver a equipe” (P2)

“Sim, porque oferece suporte que possibilite ao paciente viver sem dores até o momento de sua morte. E oferece suporte para seus familiares, psicológico e espiritual no cuidado ao paciente.” (P20)

“Claro, pois a qualidade do tempo de vida se inicia quando o paciente já foi solicitado a vaga/leito de UTI. Cuidados paliativos caminham lado a lado quando se decide com a equipe multi e os familiares a limitação.” (P23)

“Sempre! Embora o paciente tenha indicação de limitação de suporte de vida, não significa que não terá nenhum cuidado. Este paciente em especial precisa ter seu conforto garantido e isso ocorre através dos cuidados paliativos.” (P32)

Denota-se em uma das falas o relato sobre a controvérsia de os Cuidados Paliativos serem oferecidos em UTI e verifica-se a angústia do profissional diante de doenças complexas e, muitas vezes, irreversíveis, com tratamento prolongado,

aumentando o sofrimento de pacientes sem prognóstico, mas que vê nos Cuidados Paliativos uma medida que pode auxiliar esses pacientes.

“Sim, mesmo que pareça controverso, a UTI também é um lugar em que existe uma finitude para os recursos terapêuticos para se manter o indivíduo vivo, e a dificuldade deste entendimento é a causa, muitas vezes, da insistência da equipe em tentar todos os recursos disponíveis para o caso do paciente, mesmo que não esteja trazendo benefício real para aquele paciente, sendo a causa de sofrimento aparente para o paciente e sua família. Em muitas falas dos profissionais escutamos a metáfora ‘É como nadar, nadar e morrer na praia’. A questão é que as vezes esse esforço é em vão e não irá além da finitude do ser humano. Então, é preciso entender e estar preparado para a utilização do cuidado paliativos como recurso terapêutico também.” (P22)

Por fim, como se confirma nas falas dos participantes, a UTI atende à demanda de pacientes que necessitam de cuidados de alta complexidade, num ambiente altamente tecnológico, mas, diante da impossibilidade de melhora, os Cuidados Paliativos devem servir como alternativa para melhorar a qualidade de vida desses pacientes cujo tratamento foi limitado, oferecendo uma morte digna e sem sofrimentos (MORITZ, 2012).

5.1.4 Descrevendo Ações Multidisciplinares de Cuidados Paliativos para pacientes com Limitação de Suporte de Vida em UTI

Os Cuidados Paliativos pressupõem a ação de uma equipe multidisciplinar, pois sua abordagem deve cuidar do indivíduo em todos os aspectos, físico, mental, espiritual e social; o que requer dessa equipe a complementação de saberes e partilha de responsabilidades, visando o bem-estar do paciente e sua família (HERMES; LAMARCA, 2013).

A seguir, será apresentada a descrição sobre como a prática profissional dos participantes, aliada aos Cuidados Paliativos, pode auxiliar na assistência ao paciente com Limitação de Suporte de Vida em UTI. As respostas foram analisadas e sintetizadas de acordo com as profissões participantes na pesquisa, destacando os cuidados mais evidenciados pelos profissionais.

As profissões estão em ordem alfabética.

ENFERMAGEM (Enfermeiros e Técnicos de enfermagem)

O profissional de enfermagem é fundamental para a implantação de Cuidados Paliativos, pela essência de sua formação, que se baseia no “cuidar”. A enfermagem pode ser definida como a arte e a ciência de assistir ao paciente em suas necessidades básicas, e, em se tratando de Cuidados Paliativos, busca contribuir para uma sobrevida mais digna, realizando ações de conforto ao paciente, além dos cuidados básicos que o paciente necessitar (HERMES; LAMARCA, 2013).

Cabe ao enfermeiro, em especial, a gestão do cuidado ao paciente, bem como, por sua proximidade com o mesmo, ser o mediador da relação equipe multiprofissional e paciente/família (NILSON, 2012).

As falas das enfermeiras sintetizam o papel que desempenham no cuidado ao paciente com Limitação de Suporte de Vida:

“A parte que cabe à enfermagem é uma grande ‘fatia’ do cuidado paliativo, pois, se pensarmos em assistência de enfermagem propriamente dita, não muda nada. As intervenções de higiene, conforto, medicações, alimentação, mobilização, curativos, por exemplo, acabam que devem continuar a serem realizadas. A dificuldade, muitas vezes, é da equipe em entender que não muda nada, e pelo contrário, este paciente merece mais dedicação, sensibilidade e esforço nos cuidados neste momento da vida” (Enfermeira 1).

“Prestando todo cuidado de enfermagem disponível, promovendo conforto, alívio da dor, apoio ao paciente e acolhimento à família” (Enfermeira 3).

Os enfermeiros são profissionais que têm papel fundamental na equipe em relação aos Cuidados Paliativos, pois são os condutores de atenção direta ao paciente, cabendo a eles o cuidado e aproximando toda a equipe multidisciplinar na participação ativa dessa atenção (LUIZ et al., 2018).

Em seguida, as principais abordagens obtidas da análise nas respostas pela equipe de enfermagem:

- Oferecer carinho, dedicação, amor, respeito para que o paciente tenha um descanso digno nesses momentos.
- Promover conforto e bem estar ao paciente.
- Realizar cuidados de enfermagem através da higiene, hidratação corporal, higiene oral, troca de curativos, mudanças de decúbito, colocação de coxins, posicionamento no leito, massagens, mantendo sua dignidade e qualidade de vida.

- Medicação conforme prescrição, evitando a dor no paciente.
- Manter dieta adequada, auxiliar quando necessário e comunicar intercorrências, como desconfortos.
- Respeitar a privacidade e vontades do paciente, quando consciente.
- Conversar e ajudar com suas crenças para que possam encontrar paz nesse momento difícil.
- Conversar e dizer palavras de conforto, fazer com que ele se sinta bem.
- Manter boa ventilação, colocar oxigenoterapia, aspirar quando necessário.
- Acolher a família, fazer com que ela faça parte dos cuidados, mostrando os cuidados prestados ao paciente, proporcionando tranquilidade.
- Evitar comentários desagradáveis, proporcionando um ambiente acolhedor ao paciente e sua família.
- Comunicar à equipe médica/ nutrição/ fisioterapia/ padres sobre as dificuldades e solicitações dos pacientes, quando necessário.

Pode-se perceber que a enfermagem exerce um papel de extrema importância nos Cuidados Paliativos, atuando no controle dos sintomas e alívio da dor, na comunicação com a família e paciente, bem como seu destaque na integração e comunicação com a equipe multidisciplinar, englobando os aspectos biopsicossociais, e buscando uma melhor qualidade de vida e bem estar ao paciente e sua família (LUIZ et al., 2018)

FISIOTERAPIA

Cabe ao fisioterapeuta que atua em UTI, diante dos Cuidados Paliativos, utilizar-se de métodos e recursos de sua profissão para aprimorar a assistência ao paciente, facilitando sua adaptação à progressiva perda de funcionalidade ou até a chegada da morte, minimizando os sintomas (GULINI, 2012).

As principais abordagens fisioterapêuticas obtidas a partir da análise nas respostas foram:

- Aliviar a dor, mediante mobilizações, alongamentos e terapia manual.
- Aliviar o desconforto respiratório, através de aspiração e higiene brônquica.

- Auxiliar na manutenção de uma boa ventilação para o paciente, adequando o uso de Oxigênio ou Ventilação Não Invasiva se necessário, e parâmetros da Ventilação Mecânica, quando em uso.

Conclui-se que o fisioterapeuta, a partir de sua avaliação, estabelece um programa de tratamento adequado com utilização de recursos, técnicas e exercícios, objetivando, por meio de abordagem multiprofissional, o alívio de sofrimento, dor e outros sintomas estressantes; além de oferecer suporte para que os pacientes vivam o mais ativamente possível, com impacto sobre a qualidade de vida, com dignidade e conforto; oferecendo também suporte para ajudar os familiares na assistência ao paciente (ANDRADE; SERA; YASUKAWA, 2009).

MEDICINA

Nos Cuidados Paliativos o foco não é a doença, mas sim o paciente. Para isso, o profissional médico deve atuar junto à equipe multiprofissional e garantir que o cuidado alcance todos os aspectos biopsicossociais e espirituais do paciente e sua família. A comunicação adequada é de extrema importância, devendo o médico agir como facilitador para que toda a equipe trabalhe numa mesma direção. Cabe também ao profissional médico a responsabilidade de comunicar e passar as informações sobre o quadro clínico ao paciente e sua família (HERMES; LAMARCA, 2013).

A seguir, as principais abordagens obtidas na análise da equipe médica:

- Participar ativamente da tomada de decisão da Limitação de Suporte de Vida.
- Coordenar e discutir com a equipe multiprofissional quanto ao quadro terminal do paciente e medidas clínicas para conforto.
- Acolher e orientar o paciente (quando possível) e familiares durante todo o processo de internação, com visitas estendidas, apoio religioso.
- Aliviar sintomas (dispneia, dor, náusea, êmese, constipação, confusão mental, etc.) decorrentes do quadro patológico.
- Oferecer conforto.
- Evitar a dor com adequação da analgesia.

- Atender às necessidades básicas e de higiene do paciente, envolvendo a família no processo de cuidados e a equipe multiprofissional para minimizar o sofrimento do paciente.
- Reavaliar e readequar o tratamento de acordo com as respostas do paciente.

NUTRIÇÃO

A intervenção nutricional adequada promove bem-estar, controle de sintomas e melhora da qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares (MORAIS et al., 2016). Nos Cuidados Paliativos devem ser respeitados e observados os aspectos biológico, emocional, social e cultural do paciente, o que pode ser verificado também na alimentação do mesmo, sendo o nutricionista o principal agente nesse processo. A seguir, as ações obtidas no instrumento de pesquisa sobre a nutrição:

- Auxiliar o paciente no manejo do suporte nutricional, melhorando a qualidade de vida, adaptando a dieta às necessidades específicas individuais.
- Confortar a família, quando necessário, em relação às dúvidas quanto à nutrição.
- Auxiliar na redução de sintomas gastrointestinais através da adaptação da dieta, alteração de nutrientes, mudança no porcionamento das dietas via oral ou alteração no volume e velocidade de infusão das dietas enterais.

A nutrição em Cuidados Paliativos deve oferecer conforto emocional, prazer, auxiliar na diminuição da ansiedade, no aumento da autoestima e da independência do paciente; permitir maior integridade e melhor comunicação com os seus familiares, sempre visando à qualidade de vida e bem estar do paciente e respeitando sua autonomia (NASCIMENTO, 2009).

PSICOLOGIA

O psicólogo, diante de questões de final de vida, busca melhorar a qualidade de vida do paciente, amenizando o sofrimento, ansiedade e depressão do mesmo diante da morte. A atuação do psicólogo é importante tanto no nível de prevenção, quanto nas diversas etapas do tratamento. Pode contribuir para que o paciente e

seus familiares falem sobre o problema, ajudando no enfrentamento deste (HERMES; LAMARCA, 2013).

A seguir, algumas das atividades realizadas pelo serviço de psicologia obtidas no instrumento de pesquisa:

- Oferecer suporte emocional ao paciente e sua família, fortalecendo recursos de enfrentamento para a situação em que se encontram.
- Auxiliar o pacientes e sua família no enfrentamento do processo de luto antecipado.
- Auxiliar no processo de comunicação entre equipe multiprofissional e família, promovendo reuniões entre as partes, garantindo a compreensão do quadro clínico.
- Auxiliar na preparação da família para cuidados aos pacientes debilitados/ sequelados.

SERVIÇO SOCIAL

O assistente social desempenha dois papéis importantes em Cuidados Paliativos, o primeiro é de informar a equipe sobre a história de vida do paciente, para que, com as informações, se planeje a melhor escolha de tratamento. A outra função consiste no elo que deve fazer entre paciente/família e a equipe, contribuindo para o fortalecimento das relações e providenciando os recursos necessários para que o paciente tenha uma morte digna junto de sua família (HERMES; LAMARCA, 2013).

A seguir, algumas das atividades realizadas pelo serviço social obtidas através da análise:

- Contactar a família sempre que necessário.
- Oferecer suporte à família para enfrentar o momento de aproximação da morte de seu familiar.
- Orientar a família quanto aos trâmites legais após o óbito.

A atuação do assistente social em Cuidados Paliativos pode ser resumida em conhecer paciente, família e cuidadores nos aspectos socioeconômicos, visando ao oferecimento de informações e orientações legais, burocráticas e de direitos, para o

bom andamento do cuidado ao paciente e para a garantia de uma morte digna. Cabe também a esse profissional avaliar a rede de suporte social dos envolvidos para acioná-la em situações de necessidade do paciente (ANDRADE; SERA; YASUKAWA, 2009).

Tendo em vista que os Cuidados Paliativos são uma abordagem complexa e que objetiva atender todas as dimensões biopsicossociais do paciente e sua família, o atendimento deve ser feito por uma equipe multidisciplinar, que deve estar apta para atender essas necessidades de forma integral e humanizada, articulando e promovendo ações que garantam uma sobrevida digna e o controle dos sintomas, produzindo uma assistência harmônica e adequada, visando ao bem estar e à qualidade de vida do paciente (CARDOSO et al., 2013).

5.2 ETAPA 2 – ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO

Os Grupos de Discussão ocorreram nos meses de maio/junho de 2018, após a análise dos dados obtidos através da aplicação do instrumento de pesquisa, que subsidiaram as discussões e permitiram a criação do Protocolo de Cuidados Paliativos para pacientes com Limitação de Suporte de Vida em UTI.

A seguir são descritos os três encontros:

5.2.1 Primeiro Encontro – Apresentação de resultados e Expectativas do grupo

Para a realização do primeiro encontro foi planejada uma apresentação (APÊNDICE 4), via *Power Point*, dos resultados obtidos na primeira etapa da pesquisa.

Esse encontro foi realizado no dia 11/05/2018. A UTI Clínico Cirúrgica tem uma reunião multidisciplinar diária, que acontece às 11 h; o encontro foi marcado às 10 h 20 m para que todos pudessem comparecer e, assim, permanecer para a reunião em seguida. Optou-se por essa forma de grupos de discussão e por esse horário, antes da reunião multidisciplinar, devido à dinamicidade de trabalho dentro do setor, devido a dificuldade dos participantes em se deslocarem para outro ambiente. O encontro se realizou em um espaço de convivência dentro da UTI que possui copa, sofá para descanso e TV, onde foi possível fazer a apresentação.

Participaram desse encontro 10 profissionais, que já estavam presentes para a reunião multidisciplinar. Entre os participantes tivemos a médica coordenadora do serviço da UTI, a enfermeira do turno da manhã e uma estagiária do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR), duas fisioterapeutas, sendo uma coordenadora do serviço de fisioterapia das UTIs e a fisioterapeuta do turno da manhã, uma psicóloga, uma fonoaudióloga, uma enfermeira da CCIH e duas assistentes sociais que atendiam o setor e faziam parte da equipe multidisciplinar. A nutricionista não pôde participar por intercorrências na sua rotina e justificou sua ausência.

Primeiramente, a pesquisa foi reapresentada à equipe multiprofissional. Foram mostrados os objetivos da pesquisa e a metodologia utilizada, explicando sobre a importância da participação da equipe, visto que a Pesquisa Convergente Assistencial busca unir teoria e prática e se caracteriza por mudanças no contexto da prática assistencial, incorporando ações de pesquisa e assistência de forma participativa (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Em seguida, a pesquisadora apresentou algumas das respostas obtidas em cada pergunta do instrumento de pesquisa, que eram lidas pelos participantes e discutidas com a pesquisadora e equipe.

Na discussão do primeiro tema sobre Limitação de Suporte de Vida foram selecionadas quatro respostas do instrumento de pesquisa, as expressões da equipe a cada leitura foram de surpresa e confirmação com as falas.

Nesta discussão houve o questionamento sobre critérios para se limitar o suporte de vida aos pacientes. A pesquisadora relatou que existem pouco consenso e poucos critérios estabelecidos, e os estudos não são conclusivos a respeito desse assunto, pois as práticas de Limitação de Suporte de Vida variam em diferentes países, cultura e regiões, segundo Bitencourt et al. (2007). Houve concordância entre os participantes de que na UTI em estudo havia a participação da equipe na tomada de decisão, mas a palavra final sobre a Limitação de Suporte de Vida era uma decisão médica.

A UTI é o local de maior probabilidade de se decidir por Limitação de Suporte de Vida dentro do ambiente hospitalar e, apesar de ser uma prática crescente no mundo, essa decisão de limitar tratamento ainda é cercada de conflitos e dilemas. É uma prática legal no Brasil, garantida pela publicação da Resolução 1805/2006 do CFM que dá respaldo ao médico para limitar ou suspender procedimentos que

prolonguem o sofrimento do paciente sem possibilidades de cura. Porém, para uma adequada Limitação de Suporte de Vida, ressalta-se que a decisão não deve ser tomada isoladamente pelo médico, mas deve-se incluir nesse processo toda a equipe multidisciplinar e, principalmente, o paciente e sua família, sempre visando o bem estar e respeitando a autonomia do paciente (NUNES; SOUSA, 2017).

Ao tratar o segundo tema sobre Cuidados Paliativos, a pesquisadora iniciou apresentando a definição de Cuidados Paliativos, atualizada em 2017 pela OMS, e questionou os participantes sobre qual era o entendimento sobre essa definição. Uma participante falou sobre a inclusão de crianças, que antes não tinha, e outra participante destacou que a definição atual não fala mais de doenças terminais, mas sim de doenças que ameaçam a vida. A pesquisadora destacou exatamente essa parte da definição, pois os pacientes admitidos em UTI estão sofrendo algum risco de vida, portanto, devem receber paralelamente Cuidados Intensivos e Cuidados Paliativos.

A médica participante indagou sobre o termo “paliativo” ainda ser visto para pacientes em final de vida, mas que realmente era isso que se fazia na UTI diariamente, quando a equipe se reunia e discutia sobre os cuidados em todos os aspectos dos pacientes internados, relacionado aos problemas físicos, psicossociais e espirituais, e que talvez o mais utilizado pela equipe, fosse o termo cuidado humanizado, mas que era a prática dos Cuidados Paliativos, que só necessitava ser aprimorada na rotina da UTI. Todos concordam e disseram que ainda havia muito a se fazer para o paciente nessa abordagem de Cuidados Paliativos.

A palavra “Paliativo” significa “que tem a qualidade de acalmar, de abrandar temporariamente um mal”, é uma palavra de origem latina, “*pallio*”, que significa cobrir com manto, encobrir, portanto, os Cuidados Paliativos propõem ao profissional de saúde o desafio de cuidar com competência científica, sem esquecer-se da valorização do ser humano, sendo um cuidado humanizado. O trabalho multiprofissional deve resgatar valores éticos humanos, bem como respeitar a autonomia do paciente e sua família, fazendo parte da humanização na assistência (CARDOSO et al., 2013a).

Em seguida, os participantes leram algumas das respostas obtidas pela equipe no instrumento de pesquisa relacionadas ao entendimento sobre Cuidado Paliativo, mostrando que houve a compreensão de todos em relação a esse tema.

Houve depois a apresentação das falas obtidas sobre a percepção da equipe se os Cuidados Paliativos podem auxiliar na Assistência ao paciente com Limitação de Suporte de Vida em UTI, mostrando haver consenso entre todos entrevistados de que sim, os Cuidados Paliativos podem auxiliar na assistência aos pacientes e familiares com Limitação de Suporte de Vida. Nesse *slide* não houve discussão, mas as expressões de concordância só confirmaram essa colocação.

Em UTI, por vezes, apesar das medidas tomadas para salvar a vida do paciente, estes evoluem com piora da doença, não tendo mais o que ser feito no aspecto “curativo” do tratamento, ficando fora das possibilidades terapêuticas, que é quando se decide pela Limitação de Suporte de Vida. Com isso, os Cuidados Paliativos tornam-se imprescindíveis e necessários a fim de manter uma qualidade de vida, sem prolongar o sofrimento no processo de morrer (FALCO et al., 2012). Os Cuidados Paliativos a esses pacientes com Limitação de Suporte de Vida servem de alicerce aos pacientes e familiares, deixando o ambiente mais confortável e com maior conscientização a respeito do processo de morrer (COELHO, YANKASKAS, 2017).

Na discussão de como a prática profissional de cada participante pode auxiliar no cuidado ao paciente com Limitação de Suporte de Vida, a fonoaudióloga questionou que não participou da pesquisa, mas que fazia questão de participar dos grupos de discussão, pois sua atuação profissional também poderia auxiliar o paciente, em relação à sua deglutição, quando limitado o suporte de vida e da instituição de Cuidados Paliativos.

Nessa discussão a pesquisadora colocou uma fala referente à atuação de cada categoria profissional, após procedeu-se a leitura e discussão dos cuidados obtidos.

Sobre o serviço de Nutrição houve a observação do grupo em relação à equipe assistencial, que, por vezes, questiona o fato de retirar a alimentação do paciente, deixando-o em jejum, porém essa prática é feita também para o conforto gastrointestinal do paciente. Os pacientes em processo de morrer possuem menos apetite, consomem os alimentos em menor quantidade, têm menos sede e, muitas vezes, acabam recusando a alimentação em função de sintomas como dor, náuseas, vômitos, obstipação, diarreia, entre outros sintomas. A abordagem nutricional deve, acima de tudo, oferecer prazer e conforto, respeitando a autonomia

do paciente e de sua família e evitando o tratamento fútil, que só aumentaria o sofrimento do paciente (NASCIMENTO, 2009; MORAIS et al., 2016).

A abordagem da Enfermagem também foi questionada e todos concordaram com a resposta mostrada, de que os cuidados de enfermagem devem continuar os mesmos, porém com uma atenção maior, devido ao quadro de luto antecipado ao paciente e sua família. Neste sentido, Oliveira de Sousa et al. (2010) referem a importância e a necessidade de investir na conscientização dos profissionais de saúde, para que percebam que pacientes em Cuidados Paliativos requerem cuidado próprio direcionado, garantia de dignidade e alívio do sofrimento. Esses autores afirmam que os Cuidados Paliativos em UTI também são cuidados intensivos, e que a equipe de enfermagem deve aprender a reconhecer suas necessidades, apreciar pequenas realizações, e ter conhecimento de que sempre há algo que pode ser feito para o bem-estar do paciente.

Essa última discussão serviu como contribuição para definir o próximo encontro. A psicóloga falou sobre a importância desse tema e sugeriu que fosse aplicado os Cuidados Paliativos aos pacientes com Limitação de Suporte de Vida na UTI, conforme o objetivo deste estudo, mas posteriormente esse cuidado se estendesse a todos os pacientes admitidos na UTI.

A médica e uma assistente social relataram sobre um Projeto de Humanização que estava iniciando nas UTIs do hospital em estudo, e que a criação do Protocolo de Cuidados Paliativos auxiliaria para o êxito desse projeto.

O encontro terminou com o desejo de continuidade de todos os participantes, sendo previamente agendado, com objetivo de discutir as ações de Cuidados Paliativos para os pacientes com Limitação de Suporte de Vida internados na UTI.

5.2.2 Segundo Encontro – Construção de ações multidisciplinares de Cuidados Paliativos a pacientes com Limitação de Suporte de Vida em UTI.

O segundo encontro com a equipe multidisciplinar ocorreu no dia 16/05/2018, as 10 h 20 m, antes da reunião multidisciplinar diária. Para esse encontro houve uma discussão prévia sobre as ações de Cuidados Paliativos inerentes a cada profissão. Para isso, foi utilizado o tema definido na 1ª etapa da pesquisa como “Ações Multidisciplinares de Cuidados Paliativos para pacientes com Limitação de Suporte de Vida na UTI”.

Os dados obtidos em relação a esse tema subsidiaram a discussão. Foi entregue uma folha para cada categoria profissional, com os dados sintetizados, conforme estão descritos nos resultados no item 5.1.4. Também foi feito uma apresentação, via *Power Point* (APÊNDICE 5), para facilitar a leitura, e, em seguida, todos discutiram as ações obtidas nas respostas, complementando-as.

Participaram desse encontro oito profissionais da equipe multidisciplinar que já haviam participado do primeiro encontro, foram eles a médica “diarista” e coordenadora do serviço, a nutricionista, a psicóloga, a fonoaudióloga, a enfermeira do turno da manhã, a assistente social e duas fisioterapeutas. A equipe se mostrou disposta e motivada com a criação de um Protocolo de Cuidados Paliativos para pacientes com Limitação de Suporte de Vida em UTI, principalmente envolvendo a participação de todos.

O encontro teve início com a definição de Cuidados Paliativos da OMS, e destacando a relevância desse tema, inclusive para pacientes internados em UTI. Após, foi apresentada uma foto da equipe, para que fosse demonstrada a importância do papel de todos para implantação do protocolo, sendo eles os principais responsáveis por esta mudança.

Para a dinâmica da discussão foi entregue a cada profissional uma folha contendo os resultados descritos no item 5.1.4, página 51 desta dissertação, que contém as ações multidisciplinares obtidas na fase diagnóstica. Cada profissional procedeu a leitura sobre sua função e sobre as ações que foram destacadas no instrumento de pesquisa, abrindo espaço para discussão com a equipe.

Ao ler sobre as atividades relação à nutrição não foram indicadas outras ações, estando a equipe de acordo.

Para a fala da fonoaudióloga, a pesquisadora buscou conhecer sobre sua atividade, para facilitar sua participação no grupo, visto que não participou da primeira fase da pesquisa. O papel da Fonoaudiologia na equipe de Cuidados Paliativos é proporcionar ao paciente a possibilidade de maior interação com a família através da comunicação, e preservar de forma segura o prazer da alimentação por via oral, quando possível (CALHEIROS; ALBUQUERQUE, 2012). Ao ler suas atividades (APÊNDICE 8), ela acrescentou mais duas ações inerentes à sua função:

- Definir uma via de alimentação segura.
- Respeitar a vontade do paciente, independente da via indicada pela fonoaudióloga.

Em relação a esse último cuidado reforçado pela fonoaudióloga, foi apoiada a questão da nutrição, sobre o desejo dos pacientes de se alimentarem com comidas de fora do hospital, o que foi relatado pela própria pesquisadora, que vivenciou uma idosa internada com vontade de “tomar Coca-Cola®”. A equipe toda concordou que, avaliando os casos, é possível liberar alguns alimentos para que a família providencie e seja feita a vontade do paciente, proporcionando o bem estar. Esse item ficou descrito na parte da Nutrição:

- Respeitar a vontade do paciente, analisando cada caso, em relação à ingesta de alimentos trazidos de fora do hospital.

A próxima categoria profissional discutida foi o Serviço Social. A equipe concordou com as ações descritas e acrescentou a questão do suporte dado ao paciente que sai da UTI, pois tem pacientes que recebem alta da UTI, mesmo com a Limitação de Suporte de Vida instituída, ficando a assistente social responsável pelas orientações quanto à existência de Redes de apoio à família para o cuidado com esse paciente. Após a chegada da Assistente Social para a discussão, a mesma acrescentou sobre sua função de levantar a história de vida de cada paciente, repassando esses dados à equipe multiprofissional.

Cabe ao assistente social avaliar a rede de suporte social dos pacientes para junto a eles acioná-la quando necessário; conhecer e estabelecer uma relação dentro do ambiente hospitalar, no intuito de garantir atendimento preciso ao paciente, além de constituir-se como interlocutor entre paciente/família e equipe nas questões relacionadas com aspectos culturais e sociais que envolvem o cuidado de forma geral, bem como a acolhida do paciente e família no momento do enfrentamento de uma doença incurável e em fase final de vida (ANDRADE; SERA; YASUKAWA, 2009).

Portanto, ao Serviço Social foram acrescentadas mais duas ações:

- Levantar a história de vida do paciente e repassar esses dados à equipe multiprofissional para que seja dada continuidade na assistência.
- Oferecer suporte à família do paciente que recebe alta da UTI/ hospital, indicando as redes de apoio externas para a continuidade do cuidado ao mesmo.

Em seguida foi feita a leitura das ações da fisioterapia. O foco da fisioterapia pode ser dividido conforme a funcionalidade do paciente: nos casos de dependência total, o enfoque deve ser o posicionamento e orientação às mudanças de decúbito e mobilização global, visando à prevenção de deformidades e complicações respiratórias ou cardiovasculares; já, no caso de maior independência do paciente, o fisioterapeuta deve estimular o autocuidado com atividades diárias favorecendo a funcionalidade do paciente, sempre na busca pela melhor reabilitação possível (GULINI, 2012). Com base nisso, as duas fisioterapeutas presentes acrescentaram mais alguns cuidados a serem colocados:

- Manter máxima independência funcional do paciente, dentro das suas possibilidades.
- Orientar pacientes/ familiares quanto aos cuidados de pacientes debilitados que recebem alta da UTI.

Foi questionada pela médica a questão da “Extubação Paliativa”, que já havia ocorrido uma vez na UTI e, dependendo dos casos e vontade do paciente/família, pode voltar a acontecer. Uma das fisioterapeutas presentes afirmou sentir-se desconfortável com essa prática, e houve a afirmação da pesquisadora de que outros membros da equipe também se sentem assim, devido ao desconforto respiratório do paciente. A psicóloga indagou que essa prática da Extubação Paliativa deve ser vista como as outras práticas de limitação de Suporte de Vida, por exemplo, quando se retiram antibióticos ou quando se interrompe a hemodiálise. Por fim, ficou definido que a pesquisadora faria uma investigação sobre o tema e colocaria sobre essa prática no protocolo a ser criado.

A extubação paliativa ainda é uma prática nova nas UTIs, é uma decisão difícil que se refere à retirada da ventilação mecânica do paciente (REBELATO, 2015). Nos últimos anos tem ocorrido um crescimento na aceitação dessa prática podendo ser parte de ações paliativas dentro de UTI, porém, para que isso ocorra, é altamente recomendada a presença de uma equipe multidisciplinar treinada e harmônica para assegurar a dignidade do paciente e dar suporte à família (COELHO; YANKASKAS, 2017).

Na leitura das atividades desenvolvidas pela Medicina, houve a concordância de todos com a abordagem descrita, de que o médico deve atuar como facilitador

para que toda a equipe trabalhe e ajude o paciente a exercer sua autonomia, com isso, escolhas e decisões passam a ser partilhadas entre paciente, família e equipe multidisciplinar, com enfoque nos Cuidados Paliativos (CONSOLIM, 2009). A médica abordou que a questão da “comunicação”, deveria ser incluída também no protocolo, pois percebia a dificuldade por parte dos residentes que passavam no setor, principalmente em relação às notícias de Limitação de Suporte de Vida. Os participantes também afirmaram que havia uma dificuldade de todos em lidar com esse tema da morte, embora faça parte da rotina da UTI.

A morte e o morrer são temas que instigam e afligem as pessoas, principalmente os profissionais de saúde, por fazerem parte de sua vida profissional. Na UTI se pode ter essa percepção do processo de morrer ainda mais evidenciada, bem como as implicações dessa relação entre profissional de saúde, paciente e família (VICENSI, 2016). Dentre as fragilidades vivenciadas pelos profissionais de saúde em relação ao processo de morrer, está a dificuldade de aceitação da morte, pois acreditam lidar com uma situação adversa aos seus princípios do cuidado em favor da vida, o que dificulta um cuidado de qualidade ao paciente em sua fase final (CARDOSO et al., 2013).

Segundo Vicensi (2016) a morte gera conflitos entre os profissionais de saúde, que, mesmo habituados a conviver com ela, na sua prática têm dificuldade em falar sobre o assunto. Estes devem estudar e refletir acerca da morte e do processo de morrer, não só para atuar com mais eficiência e dignidade, mas também para compreender essa fase como um fenômeno natural que faz parte da vida.

Para falar sobre a morte e sobre más notícias aos familiares, o profissional de saúde deve desenvolver habilidades de comunicação. O Código de Ética Médica (CFM, 2009) considera um dever do médico a revelação do diagnóstico e prognóstico do paciente, mas ressalva a possibilidade de efeitos adversos ao paciente, dependendo da maneira com que essa notícia for dada. Para facilitar a comunicação entre equipe multiprofissional e paciente/ família, foi criado o *Protocolo SPIKES*, a fim de facilitar a transmissão de más notícias (LINO et al, 2011), que poderá ser utilizado no protocolo a ser criado.

Também foi questionado pela pesquisadora sobre a questão da tomada de decisão. A médica participante relatou que sempre que ia iniciar uma conversa com os familiares sobre a decisão de Limitar Suporte de Vida, dizia que houve uma

discussão com a equipe multidisciplinar e que havia concordância de todos em relação a essa decisão, mas que essa conversa ficava apenas na evolução médica e da psicologia, que participava desse momento. Portanto, ficou decidido entre todos a criação de um documento, ou ata de reunião familiar, para que a família dê ciência dessa conversa com a equipe multidisciplinar, servindo de amparo legal à equipe. Também será incluído pela pesquisadora no protocolo, o tema tomada de decisão.

O processo de tomada de decisão em UTI é um dilema para os profissionais de saúde, pois, desde a internação na UTI, as escolhas de tratamento afetam não só o paciente, mas seus familiares e a própria equipe (PAGANINI, 2011). A tomada de decisão no processo de morrer tem como protagonistas: o paciente, se ele for capaz de responder por si, ou seu representante legal, no caso da incapacidade do paciente para responder. Em todo caso, é importante sempre respeitar a autonomia do paciente. Ao profissional de saúde cabe estar preparado e competente para intermediar e facilitar esse processo, respeitando a vontade e oferecendo os cuidados necessários, sempre registrando as decisões em prontuário (LIMA; REGO; BATISTA, 2015).

Em seguida, a psicóloga fez a leitura de suas ações e apontou sobre o diferencial dos pacientes internados na instituição em estudo, pois seu atendimento era, na maior parte das vezes, voltado à família, pois o paciente encontrava-se debilitado, sem condições de comunicação, principalmente os pacientes com Limitação de Suporte de Vida internados na UTI. O psicólogo deve estimular o paciente e sua família a pensar e falar livremente sobre sua situação, desse modo, enfrentando seu sofrimento e contribuindo para uma melhor experiência do adoecimento, processo de morte e luto (NUNES, 2009). As ações da psicologia permaneceram inalteradas, mas com destaque principal para a família.

Houve também importante discussão entre os participantes em relação a esse tipo de paciente internado nessa instituição, pois são, em sua maioria, pessoas que estavam saudáveis e sofreram algum tipo de trauma, e repentinamente se tornam pacientes de UTI, com prognóstico indefinido. Cabe ao serviço de psicologia essa tarefa de facilitar o enfrentamento da família para essa situação.

Ainda em relação ao serviço de psicologia, foi questionada sua atuação com o profissional de saúde que assiste ao paciente, que também sofre com essas situações de trauma, emergências e morte, cabendo ao psicólogo manter canais de

comunicação com a equipe, identificando possíveis demandas e favorecendo o enfrentamento dessas situações (NUNES, 2009).

Sobre as atividades desenvolvidas pela Enfermagem, todos concordaram com as ações apresentadas pela enfermeira. Foi dado destaque ao cuidado de “Evitar comentários desagradáveis, proporcionando um ambiente acolhedor ao paciente e sua família”, pois, com a presença da família no setor, a proximidade com a equipe se torna maior e a equipe deve estar atenta aos procedimentos e atitudes. Com essa discussão ficou decidido que a família será liberada a permanecer com os pacientes nos casos de Limitação de Suporte de Vida e, quando a equipe achar necessário, cabendo aos serviços de psicologia e de enfermagem as orientações quanto à permanência no setor.

Após o término das leituras das ações de cada categoria profissional, os participantes falaram sobre a importância de que essas ações estejam documentadas, servindo de guia para o serviço. Decidiu-se pela elaboração do protocolo pela pesquisadora, abordando os seguintes tópicos: Cuidados Paliativos em UTI, Limitação de Suporte de Vida, Comunicação, Tomada de Decisão em UTI, as Ações Multidisciplinares e, por fim, elaborar uma ata para a reunião com familiares, que sirva de amparo legal para a equipe com a família, dando ciência de que foi comunicada sobre a Limitação de Suporte de Vida.

Após a elaboração do protocolo, ficou marcada a próxima reunião para apresentação, revisão e aprovação dos itens por parte da equipe multidisciplinar. A pesquisadora reforçou que após a validação do protocolo por parte da equipe, o mesmo seria apresentado a toda a equipe assistencial, em todos os turnos, e à direção do hospital, sendo esta etapa parte da pesquisa.

A médica sugeriu que essa dissertação fosse apresentada à direção de enfermagem, para que se comece uma discussão a respeito de Cuidados Paliativos para todo o hospital, não somente em UTI.

A discussão em grupo se encerrou sugerindo que se passe a utilizar, por toda a equipe assistencial, na UTI, o termo: “paciente em Cuidados Paliativos”, e não mais “paciente com Limitação de Suporte de Vida”, e que seja esse termo utilizado nas passagens de plantão, bem como nas evoluções de cada profissional.

5.2.3 Terceiro Encontro – Protocolo de Cuidados Paliativos para pacientes com Limitação de Suporte de Vida em UTI

Para a realização do terceiro encontro foi construído pela pesquisadora, com base nos resultados do instrumento de pesquisa e nos grupos de discussão, o Protocolo de Cuidados Paliativos para pacientes com Limitação de Suporte de Vida em UTI. A construção do protocolo foi realizada baseando-se no Guia para Construção de Protocolos Assistenciais de Enfermagem, feito pelo Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN/SP).

Esse guia define protocolo “como a descrição de uma situação específica de assistência/ cuidado, que contém detalhes operacionais e especificações sobre o que se faz, quem faz e como se faz, conduzindo profissionais nas decisões de assistência, recuperação ou reabilitação em saúde” (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN/SP), 2015, p.11), o que atende às expectativas da pesquisadora e do grupo de discussão.

O uso de protocolos tende a melhorar a assistência, sendo instrumentos legais, construídos dentro de princípios da prática baseada em evidências, dando maior segurança aos pacientes e aos profissionais de saúde, reduzindo a variabilidade de ações do cuidado e melhorando a qualificação dos profissionais na tomada de decisão (COREN/SP, 2015).

Para construção de protocolos são sugeridos pela OMS e outros órgãos nacionais e internacionais alguns elementos e critérios, como Origem, Objetivos, Conflitos de interesse, Evidências, Grupo de desenvolvimento, Revisão de Literatura, Fluxograma, Indicador de Resultados, Validação pelos profissionais/ usuários, Limitações e Plano de Implantação (COREN/SP, 2015), alguns desses elementos tendo sido incorporados na criação do Protocolo de Cuidados Paliativos para pacientes com Limitação de Suporte de Vida em UTI.

O Protocolo de Cuidados Paliativos para pacientes com Limitação de Suporte de Vida em UTI foi elaborado pela pesquisadora com base na revisão de literatura e nos dados coletados na 1ª e 2ª etapas desta pesquisa, trazendo como elementos a Abrangência, Objetivos, Conceitos pedidos pela equipe multiprofissional, as Ações Multidisciplinares, que foram discutidas no encontro anterior, e o Diagrama de Cuidados Paliativos para UTI. Dentre os conceitos pesquisados neste estudo, foram

pesquisados “Extubação Paliativa” e “Comunicação” conforme solicitado nos grupos de discussão, sendo esses conceitos acrescentados ao Protocolo.

O Protocolo elaborado pela pesquisadora, como definido pela equipe no encontro anterior, foi apresentado à equipe multidisciplinar no terceiro encontro, que ocorreu no dia 07/06/2018, às 10 h, antes da reunião multidisciplinar diária. Esse encontro teve duração de 1 hora e participaram quatro membros da equipe multidisciplinar, sendo eles a médica diarista e coordenadora da UTI, a enfermeira do turno da manhã, a assistente social e a nutricionista. A psicóloga e a fonoaudióloga não puderam participar, pois estavam em férias, entretanto contribuíram com a pesquisa, o que será relatado posteriormente. E as fisioterapeutas também não puderam comparecer devido a estarem participando de outra reunião do serviço no mesmo horário, mas também acrescentaram suas contribuições.

A reunião foi iniciada com a apresentação do Protocolo de Cuidados Paliativos para pacientes com Limitação de Suporte de Vida em UTI, mostrando a maneira projetada pela pesquisadora e detalhando os itens do texto. Em seguida foi entregue o protocolo impresso para os presentes e realizada sua leitura.

À medida em que se realizava a leitura foram sendo discutidos os itens, um a um, quando necessário. Na parte da Abrangência e dos Objetivos foi solicitado alterar para que os Cuidados Paliativos possam ser oferecidos a todos os pacientes internados na UTI e intensificados quando definida a limitação suporte de vida, de acordo com o que afirma Forte (2015), de que todo paciente internado em UTI deve receber Cuidados Paliativos, já que esses pacientes estão com doenças que ameaçam sua vida, fazendo com que Cuidados Intensivos e Paliativos sejam prestados paralelamente.

Na leitura do conteúdo a médica destacou a importância do protocolo para a prática diária da UTI, principalmente em relação à Limitação de Suporte de Vida, dando ênfase às razões e fatores que auxiliam no processo de tomada de decisão. Também destacou a Bioética, no que tange aos quatro princípios da Beneficência e Não Maleficência, Autonomia e Justiça, ou seja, de não causar dano, respeitar a autonomia do paciente e ser justo nas decisões, sendo esses princípios relacionados à filosofia do cuidar que prega os Cuidados Paliativos, que busca a qualidade de vida ao paciente. A médica relatou que, desde que se começou a

discutir Cuidados Paliativos, essa questão da qualidade de vida a fez repensar sobre sua rotina diária e suas decisões, sempre pensando no melhor para o paciente.

Ao analisarem as Fases dos Cuidados Paliativos em UTI, foi sugerido que se utilizem esses termos dentro da UTI, como, por exemplo, “paciente em fase 1 de Cuidados Paliativos”, o que pode facilitar a assistência e as ações de cuidado a serem realizadas aos pacientes.

Na leitura das Ações Multidisciplinares de Cuidados Paliativos a nutricionista pediu para alterar uma de suas ações para: “- Realizar o contato com a equipe de nutrição da Enfermaria para auxiliar na preparação do paciente/ família em caso de alta hospitalar”, pois relatou sua dificuldade de poder fazer essas orientações nas enfermarias, como estava sugerido anteriormente. A médica também sugeriu que nas ações da Nutrição também fosse acrescentada a questão de: –Considerar o jejum, quando necessário, pois essa é uma discussão frequente entre os membros da equipe.

Para a parte de Extubação Paliativa, a pesquisadora apresentou somente a definição, e os participantes concordaram em acrescentar no protocolo que deve ser analisado cada caso, de cada paciente, respeitando sua autonomia e vontade da família, pois esse assunto ainda é um tema bastante polêmico.

Apesar de a fonoaudióloga não estar presente na reunião, ela deixou suas considerações sobre o protocolo com a pesquisadora, e de sua parte pediu para alterar somente um dos cuidados “- Definir uma via de alimentação segura em relação à deglutição”.

Na parte da Comunicação entre equipe multiprofissional e paciente/ família, a pesquisadora fez um estudo sobre o tema e verificou o uso do *Protocolo SPIKES* em vários serviços de saúde, principalmente em UTIs. Se trata de um protocolo criado a fim de facilitar a comunicação de más notícias através de seis passos que devem ser seguidos. O primeiro passo (*Setting up*) refere-se à preparação da equipe e do espaço físico para o evento; o segundo (*Perception*) verifica até que ponto o paciente/ família tem consciência de seu estado; no terceiro (*Invitation*) procura-se entender quanto o paciente/ família deseja saber sobre sua doença; o quarto (*Knowledge*) constitui a transmissão da informação propriamente dita; o quinto passo (*Emotions*) é reservado para responder empaticamente à reação demonstrada pelo paciente e o sexto (*Strategy and Summary*) diminui a ansiedade do paciente/ família

ao lhes ser revelado o plano terapêutico e o que pode vir a acontecer (SOUZA; EISFELD, 2016).

Durante a leitura do *Protocolo Spikes*, todos concordaram com sua utilização na UTI e foi destacada a atuação dos profissionais do Serviço Social apresentando a história de vida do paciente e do serviço de Psicologia preparando o ambiente para a realização da reunião e no apoio à família, após receber as notícias do familiar internado na UTI. A psicóloga sugeriu que no protocolo fosse destacada a importância da comunicação com a família, pois, na maioria das vezes, em UTI, o paciente está desacordado.

Os participantes decidiram que, após a reunião com a família e a decisão de Limitação de Suporte de Vida, se passe a evoluir “Paciente em Cuidados Paliativos fase 3, com Limitação de Suporte de Vida”.

Em seguida a pesquisadora apresentou o Diagrama de Cuidados Paliativos, e o mesmo foi readequado conforme a discussão dos presentes. Foi sugerido pela enfermeira que se fizesse um cartaz com o Fluxograma para colocar nas UTIs do Hospital.

A Ata de Reunião entre a Equipe Multidisciplinar da UTI e Familiares solicitada na discussão do grupo foi apresentada aos participantes, eles gostaram e a médica sugeriu trocar palavras da última questão de “decisão entre os presentes” para “considerações finais sobre a reunião”, justificando que a palavra “decisão” pode deixar a família apreensiva sobre o tratamento de seu familiar. Essa sugestão foi aprovada por todos.

Também sobre a Ata, todos reforçaram que há uma necessidade de documentar essas decisões de tratamento na UTI, e que a comunicação é de extrema importância para que a família entenda todo o processo de internamento do seu familiar. Uma das considerações da psicóloga foi a respeito de que a comunicação deve ser clara e objetiva, para que a família não se sinta pressionada ou temerosa nessas decisões de final de vida.

A boa comunicação é essencial para a prática assistencial dentro da UTI, principalmente quando se discute com o paciente/ família sobre deixar de fornecer novas terapias ou retirar as que estão instituídas; o profissional de saúde deve ser o mais claro e objetivo possível, inclusive comunicando que se continuará a fornecer ao paciente um tratamento de suporte paliativo (COELHO; YANKASKAS, 2017).

A médica relatou sobre a dificuldade em decidir sobre limitar o tratamento de um paciente ou não e todos concordaram. Segue a fala:

“há uma linha muito tênue entre decidir parar ou continuar um tratamento, pois há a questão da falta de resposta ao tratamento com prolongamento do sofrimento, mas também já vimos muitos casos em que o paciente sai bem da UTI, por isso, saber o que o paciente quer é importante, ter elementos que ajudem a decidir facilita essa tomada de decisão...”

Ainda outro relato desta profissional demonstra uma experiência exitosa sobre Limitação de Suporte de Vida e que comoveu a todos os presentes. Segue a história:

“Uma das Limitações de Suporte de Vida mais bem-feitas pela nossa equipe foi de uma senhora com fratura de fêmur, com prótese infectada e quadro séptico, já estava em seu quarto ou quinto internamento na UTI, sempre com melhoras e pioras do quadro. No último internamento, ela bastante lúcida e com quadro bastante debilitado pela sepse, eu teria que entrar com droga vasoativa, puncionar cateter central, provavelmente sua evolução não seria boa, tendo que intubar e tudo que já sabemos. Como ela era lúcida, fui conversar com ela e contar sobre essa piora dos exames e o que poderia vir pela frente. Ela, já cansada e dispneica, pediu que eu a deixasse descansar, pois ela já tinha vivido de tudo, criado seus filhos, já estava viúva... Eu, com lágrima nos olhos, respeitei a vontade dela e combinamos juntas como seria. Falei com a família e os filhos concordaram. Em vez de intubar, deixamos ela com suporte de O2 e, na piora do padrão respiratório, iniciamos sedação e analgesia, a presença da família também foi importante. Ela foi a óbito sem sofrer, uns dois dias depois!”

A nutricionista ressaltou sobre a dificuldade dos seres humanos em entender a morte:

“somos apegados, não aceitamos ela como processo natural que todos vamos passar...”

Os participantes lembraram de alguns pacientes internados que passaram pelo serviço e que demoraram para falecer, exatamente por esse “apego à vida”, “apego da família...”, “medo do incerto”.

Para finalizar, a pesquisadora relatou que a próxima etapa era a validação do protocolo, que seria entregue aos participantes da reunião junto com um instrumento de avaliação. Após a validação, o protocolo seria apresentado a todos profissionais atuantes na UTI e à diretoria do hospital, para ser inserido no sistema para o acesso de todos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento desta dissertação possibilitou a aproximação com os membros da equipe multidisciplinar da UTI onde o estudo foi aplicado. Os profissionais reconheceram a necessidade de se estabelecer critérios para o cuidado aos pacientes com Limitação de Suporte de Vida em UTI e reconheceram a importância dos Cuidados Paliativos como uma abordagem de cuidado a esses pacientes.

Os objetivos deste estudo foram atingidos, ao perceber que havia conhecimento da equipe multidisciplinar sobre os temas “Limitação de Suporte de Vida” e “Cuidados Paliativos”, proporcionando problematizar sobre a importância de inserir a prática de Cuidados Paliativos para os pacientes em final de vida, de forma sistematizada, através da elaboração do Protocolo de Cuidados Paliativos para pacientes com Limitação de Suporte de Vida em UTI.

O Protocolo foi elaborado baseado nas etapas estabelecidas de encontro e discussão com os profissionais e servirá como suporte para a melhoria da qualidade do atendimento prestado na unidade em estudo, assistindo o paciente e sua família com olhar multidisciplinar nas múltiplas dimensões, garantindo seu bem-estar e respeitando sua dignidade.

O protocolo não tem a pretensão de resolver os problemas, o mal-estar ou a dúvida na prestação de cuidados aos pacientes em processo de morrer, mas, torna-se um importante instrumento para facilitar a tomada de decisão nos cuidados a serem evitados, mantidos ou retirados na assistência.

Como limitação deste estudo, pode-se apontar a dificuldade na discussão e no aprimoramento teórico de sustentação entre os temas Cuidados Paliativos e Limitação de Suporte de Vida, fazendo com que a pesquisadora tivesse que correlacionar outros temas para construir sua pesquisa.

Sugere-se que estudos futuros com metodologias diferentes possam ser realizados para avaliar a aplicação do Protocolo na prática assistencial, bem como relacionar os temas de Cuidados Paliativos e Limitação de Suporte de Vida em UTI, com a finalidade de propor uma assistência que vise um cuidado focado na qualidade de vida do paciente internado em UTI em suas variadas dimensões.

Cabe destacar também que protocolos, além de serem fundamentais para a prática assistencial, complementam a formação profissional. Os protocolos de

Cuidados Paliativos poderiam ser estabelecidos por uma política nacional voltada para o cuidado ao paciente em situação crítica ou terminal, promovendo a humanização no atendimento aos pacientes e familiares neste momento difícil de final de vida.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Manual de Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **O que são Cuidados Paliativos**. [Site]. ©2016. Disponível em: <<http://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/o-que-sao/>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

ALEXANDRE, N.M.C.; COLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & saúde coletiva**, v. 16, n. 7, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

AQUINO, A.T.; GÓES, I.M.C.; MALCHER, M. A percepção da equipe de enfermagem sobre cuidados paliativos e o manejo da dor na unidade de terapia intensiva do Hospital Municipal de Santarém. **Revista Enfermagem Brasil**, v.15, n. 6, p.295-300, 2016.

ANDRADE, B.A.; SERA, C.T.N; YASUKAWA, S.A. O papel do fisioterapeuta na equipe. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Manual de Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

BARROS, N.C.B. et al. Cuidados Paliativos na UTI: compreensão dos enfermeiros. **Cuidado é fundamental online**, v.5, n.1, p. 3293-3301, 2012.

BERNIERI, J.; HIRDES, A. O preparo dos acadêmicos de enfermagem brasileiros para vivenciarem o processo morte-morrer. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 89–96, 2007.

BEUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F. **Princípio de Ética Biomédica**. São Paulo: Loyola, 2013.

BITENCOURT, A. G. V. et al. Condutas de limitação terapêutica em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 19, n. 2, p. 137–143, 2007.

BRASIL. Presidência da República. Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Dispõe sobre o Código Penal Brasileiro. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 08 dez. 1940. Disponível: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848.htm>. Acesso em: 9 maio de 2017.

_____. Constituição (1988). **Constituição**: República Federativa do Brasil: Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 9 maio 2017.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 169, 20 set. 1990. Seção 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso: 18 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.432, de 12 de agosto de 1998. Estabelece critérios de classificação entre as Unidades de Tratamento Intensivo. **Diário Oficial da União**, n.154. Brasília, DF, 1998. Seção 1, p.109-110.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF; 12 dez. 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html> Acesso em: 20 jun. 2016.

BRASIL. Senado Federal. **Código civil e normas correlatas**. 5.ed. Brasília: Senado Federal, 2015. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/506294/codigo_civil_5ed.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2018.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology** [online], v.3, n.2., p. 77-101, 2006. Disponível em: <http://eprints.uwe.ac.uk/11735/2/thematic_analysis_revised>. Acesso em: 15 jul. 2018.

CALHEIROS, A.C.; ALBUQUERQUE, C.L. de. A vivência da Fonoaudiologia na equipe de Cuidados Paliativos de um Hospital Universitário no Rio de Janeiro. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, UERJ, Rio de Janeiro, v.11, p.94-98, 2012.

CARDOSO, D.H. et al. Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. **Texto & Contexto**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p1134-1141, 2013

CARDOSO, D.H. et al. O cuidado na terminalidade: dificuldades de uma equipe multiprofissional na atenção hospitalar. **Avances em enfermagem**, Bogotá, Colombia, v.31, n. 2, p. 83-91, 2013b.

CHAVES, A.A.B.; MASSAROLLO, M.C.K.B. Percepção de Enfermeiros sobre dilemas éticos relacionados aos pacientes terminais em Unidades de Terapia Intensiva. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 43, n. 01, p.30-36, 2009.

COELHO, C.B.T.; YANKASKAS, J.R. Novos conceitos em cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 26, n. 02, p. 222-230, 2017.

COMBINATO, D.S.; QUEIROZ, M.S. Morte: uma visão psicossocial. **Estudo Psicologia**, Natal, v.11, n. 02, p. 209-216, maio/ago. 2006.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 564, de 06 de novembro de 2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Diário Oficial da União**, n.233, Brasília, DF, 06 dez 2017. Seção 1, P. 157. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.htm> Acesso em: 01 jul. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução nº 1.805, de 9 de novembro de 2006. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n.227, 26 nov. 2006. Seção 1, p.169.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n.183, 24 set. 2009. Seção 1, p.90.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 1.995, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. **Diário Oficial da União**, n.170, Brasília, DF, 31 ago. 2012. Seção 1, p.269-70, Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2012/1995_2012.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução n. 2.156, de 28 de outubro de 2016. Estabelece os critérios de admissão e alta de pacientes em Unidades de Terapia intensiva. **Diário Oficial da União**, n. 220, Brasília, DF, 17 nov. 2016. Seção 1, p.138. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/130787154/dou-secao-1-17-11-2016-pg-138?ref=previous_button> Acesso em: 04 ago. 2017.

CONSOLIM, L. O papel do médico na equipe. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Manual de Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA (COREN/SC). **Enfermagem em Cuidados Paliativos**. Florianópolis: Letra Editorial, 2016.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN/SP). **Guia para Construção de Protocolos Assistenciais de Enfermagem**. São Paulo: COREN/SP, 2015.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CREMESP). **Cuidado Paliativo**. São Paulo: CREMESP, 2008.

COSTA FILHO, R.C. et al. Como implementar cuidados paliativos de qualidade na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 20, n. 01, p.88-92, jan/mar., 2008.

COSTA, T.F. et al. Terminalidade e Cuidados Paliativos em UTI: Discurso dos técnicos de Enfermagem. **Rev Enferm UFPE On Line**, v.08, n. 05, p.1157-1163, jan. 2014.

EIZIRIK, C.L.; KAPCZINSKI, F.E.; BASOOL, A.M.S. **O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

DANTAS, L.M. **A Enfermagem e os Cuidados Paliativos na Terminalidade em UTI: Revisão Bibliográfica**. 15 fls. 2014. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Terapia Intensiva) – Sociedade Brasileira de Terapia intensiva, João Pessoa, PB, 2014.

DILEMA. In: FERREIRA, A.B. de H. **Dicionário Aurélio Online**. 5.ed. Curitiba: Editora Positivo, 2014. Disponível em: <<https://dicionariodoaurelio.com/dilema>>. Acesso em: 14 ago. 2017.

FALCO, H.T. et al. Cuidados Paliativos na Unidade de Terapia Intensiva: uma discussão. **Enfermagem Revista**, Belo Horizonte, v.15, n.2, p.191-201, 2012.

FONSECA, A.C.; FONSECA, M.J.M. Cuidados paliativos para idosos na unidade de terapia intensiva: realidade factível. **Revista Scientia Médica**, Porto Alegre, v.20, n.4, p.301-309, 2010.

FORTE, D.N. Cuidados Paliativos em UTI. In: AZEVEDO, L.C.P.; TANIGUCHI, L.U.; LADEIRA, J.P. **Medicina intensiva: Abordagem prática**. 2.ed. São Paulo: Manole, 2015, p.1019-1031.

GAUDENCIO, D.; MESSEDER, O. Dilemas sobre o fim-da-vida: informações sobre a prática médica nas UTIs. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p. 813–820, 2011.

GIACOIA JUNIOR, O. A visão da morte ao longo do tempo. **Medicina [online]**, Ribeirão Preto, v.38, n. 01, p. 13-19, 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/418/419>>. Acesso em: 10 out 2017

GUTIERREZ, B. A. O.; CIAMPONE, M. H. T. Profissionais de enfermagem frente ao processo de morte em unidades de terapia intensiva. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 456–461, 2006.

GULINI, J.E.H.M.B. Cuidado Paliativo na UTI: Abordagem da Fisioterapia. In: MORITZ, R.D. **Cuidados paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2012. p. 95-101.

GULINI, J.E.H.M.B. et al. A equipe da unidade de terapia intensiva frente ao cuidado paliativo: discurso do sujeito coletivo. **Rev Esc Enferm USP [online]**, v.51, p.e03221, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016041703221>>. Acesso em: 15 mai 2018.

HERMES, H.R.; LAMARCA, I.C.A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Rev Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n. 9, p.2577-2588, 2013.

HOSPITAL DO TRABALHADOR (HT). **Indicadores Assistencias UTI 2** - Clínico Cirúrgica: dezembro 2017. Curitiba: HT, 2017. Reunião mensal

HOSPITAL DO TRABALHADOR (HT). **Indicadores Assistencias UTI 2** - Clínico Cirúrgica: janeiro e fevereiro 2018. Curitiba: HT, 2018. Reunião mensal

JUNGES, J.R. et al. Reflexões legais e éticas sobre o final da vida: uma discussão sobre a ortotanásia. **Revista Bioética**, Brasília, v. 18, n. 2, p. 275-288, 2010.

JUNQUEIRA, C. R. Bioética: conceito, contexto cultural, fundamento e princípios. In: RAMOS, D.L.P. **Bioética e ética profissional**. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 22-34.

KOVÁCS, M.J. A caminho da morte com dignidade no século XXI. **Revista Bioética**, Brasília, v.22, n.1, jan./abr. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422014000100011>>. Acesso em: 15 set. 2017.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LACERDA, M.R., COSTENARO, R.G.S. **Metodologias da Pesquisa para enfermagem em saúde: da teoria à prática**. Porto Alegre: Moriá, 2016.

LAGO, P. M.; GARROS, D.; PIVA, J. P. Participação da Família no Processo Decisório de Limitação de Suporte de Vida: Partenalismo, Beneficência e Omissão. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 364–368, 2007.

LAGO, P.M. et al. End of life practices in seven Brazilian pediatric intensive care units. **Pediatric Critical Care Med**, Baltimore, v.9, n.1, p. 26-31, 2008.

LAGO, P.M. et al. Limitação de suporte de vida em três unidades de terapia intensiva pediátrica do sul do Brasil. **Jornal de Pediatria**, Rio de janeiro, v.81, n.2, p. 111-117, 2005.

LIMA, M.L.F.; REGO, S.T.A.; BATISTA, R.S. Processo de tomada de decisão nos cuidados de fim de vida. **Revista Bioética**, Brasília, v.23, n.1, p.31-39, 2015.

LINHARES, D. G.; SIQUEIRA, J. E. de; PREVIDELLI, I. T. S. Limitação do suporte de vida em unidade de terapia intensiva pediátrica. **Revista Bioética**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 291–297, 2013.

LINO, C.A. et al. Uso do protocolo Spikes no ensino de habilidades de más notícias. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.35, n.1, p. 52-57, 2011.

LUIZ, M.M. et al. Cuidados paliativos em enfermagem ao idoso em UTI: uma revisão integrativa. **Revista Fund Care Online**, Rio de Janeiro, v.10, n. 02, p. 585-592, 2018. Disponível em:

<<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5051/pdf>>.

Acesso em: 20 maio 2018

MACHADO, K.D.G.; PESSINI, L.; HOSSNE, W.S. A formação em Cuidados Paliativos da equipe que atua em Unidade de Terapia intensiva: um olhar da bioética. **Revista Bioethikos**, São Paulo, v.01, n. 01, p.34-42, 2007.

MAZUTTI, S.R.G., NASCIMENTO, A.F., FUMIS, R.R.L. Limitação de Suporte Avançado de Vida em pacientes admitidos em Unidade de Terapia Intensiva com Cuidados Paliativos integrados. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v.28, n. 03, p. 294-300, 2016.

MEDEIROS, M.B. et al. Dilemas éticos em UTI: contribuições da Teoria dos Valores de Max Scheler. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.65, n.2, p.276-84, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a12.pdf>>. Acesso em: 20 mai 2018.

MENEZES, R.A.; VENTURA, M. Ortotanásia, Sofrimento e Dignidade. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 28, n. 81, p. 213-259, 2012.

MILES, S.H., CRANFORD, R., SCHULTZ, A.L. The do not resuscitate order in a teaching hospital. **Ann Intern Med**, Philadelphia, v.96, p. 660-664, 1982.

MONTEIRO, F.F.; OLIVEIRA, M. de; VALL, J. A importância dos cuidados paliativos na enfermagem. **Revista Dor**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 242–248, 2010.

MORAIS, S.R. et al. Nutrição, qualidade de vida e cuidados paliativos: uma revisão integrativa. **Revista Dor**, São Paulo, v.17, n.2, p.136-40, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rdor/v17n2/1806-0013-rdor-17-02-0136.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

MORITZ, R.D. **Cuidados paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2012.

MORITZ, R. D. et al. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 422–428, 2008.

MORITZ, R.D.; ROSSINI, J.P.; DEICAS, A. Cuidados Paliativos na UTI: Definições e Aspectos Éticos-Legais. In: MORITZ, R.D. **Cuidados paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2012. p. 19-32.

MORRINSON, L.J. et al. Guidelines for Cardiopulmonary resuscitation and Emergency cardiovascular care. **Circulation AHA**, Dallas, v.122. n.18, p.665-675, 2010.

MORTE. In: FERREIRA, A.B. de H. **Dicionário Aurélio Online**. 5.ed. Curitiba: Editora Positivo, 2014. Disponível em: <<https://dicionariodoaurelio.com/morte>>. Acesso em: 14 ago. 2017.

NASCIMENTO, A.G. O papel do nutricionista na equipe. ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Manual de Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

NASCIMENTO, E. R. P. do; TRENTINI, M. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. **Rev Latino-Am Enferm**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 250–257, 2004.

NILSON, C. Cuidado Paliativo na UTI: O papel da Enfermagem na equipe multidisciplinar. In: MORITZ, R.D. **Cuidados paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2012.

NUNES, L.V. O papel do psicólogo na equipe. ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Manual de Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

NUNES, E.C.D.A; SOUSA, J.O. Limitação de suporte de vida na terapia intensiva: percepção médica. **Revista Bioética**, Brasília, v. 25, n. 03, p. 554-562., 2017.

OLIVEIRA DE SOUSA, A. T.et al. Cuidados paliativos con pacientes terminales: un enfoque desde la Bioética. **Revista Cubana de Enfermería [en línea]**, v.26, n.3, p.123-135, 2010. Disponível em: <http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol26_3_10/enf05310.htm>. Acesso em: 12 maio 2018.

OLIVEIRA, W. I. A. de; AMORIM, R. da C. A morte e o Morrer No Processo de Formação do Enfermeiro. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.29, n.2, p.191-8, 2008.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Cuidados paliativos**. [En línea]. 2017. Disponível em: < <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>>. Acesso em: 23 jan. 2018.

PAGANINI, M.C. **As situações de final de vida na Unidade de Terapia Intensiva: O enfermeiro no processo de exercer a sua autonomia**. 203f. 2011. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

PAIVA, F.C.L.; ALMEIDA, J.J. J; DAMÁSIO, A.C. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. **Revista Bioética**, Brasília, v. 22, n. 3, p.550-560, set./dez. 2014.

PARANHOS, G.K. **Argumentação dos intensivistas pediátricos da cidade do Rio de Janeiro sobre limitação de suporte de vida: uma análise bioética**. 93 fls. 2011. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

PARENTONI, C.C. **Atuação do enfermeiro diante da terminalidade e morte da criança e do adolescente com câncer em cuidados paliativos**. 93fls. 2015. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2015.

PESSINI, L. A medicina intensiva e os critérios ético- teológicos para orientar a intervenção terapêutica. In: PESSINI, L. **Distanásia, até quando prolongar a vida?** 2. ed. São Paulo: Loyola, 2007. p. 269-275.

PESSINI, L. **Problemas atuais de bioética**. São Paulo: Loyola, 2000.

PILER, A.A. **Boas práticas Obstétricas: Guia para Sistematização dos Cuidados de Enfermagem no Processo de Parturição**. 166f. 2018. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2018.

PIVA, J.P.; CARVALHO, P.R. Considerações éticas nos cuidados médicos no paciente terminal. **Revista Bioética**, Brasília, v.1, p. 139-144, 1993.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POPE, C.; MAYS, N. Analisando dados qualitativos. In: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. p.81-84.

REBELATTO, G. **Análise descritiva dos pacientes submetidos à Extubação Paliativa**. 46f. 2015. Dissertação (Mestrado Profissional em Cuidados Intensivos e Paliativos) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

REKSUA, V.M. **Diretriz para Cuidados Paliativos prestados a pacientes submetidos a Transplante de Células Tronco Hematopoiéticas**. 72fls. 2015. Dissertação (Mestrado profissional em Enfermagem) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem Profissional, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, 2015.

SANTANA, J. C. B. et al. Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem. **Bioethikos**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 77–86, 2009.

SANTANA, J.C.B. et al. Vivências do cuidar de pacientes na terminalidade da vida: percepção de um grupo de acadêmicos de enfermagem. **Enfermagem Revista**, Belo Horizonte, v.18, n.2, p.29-41, 2016.

SCHRAMM, F. R. Morte e finitude em nossa sociedade implicações no ensino dos cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 1, p. 17–20, 2002.

SILVA, C.F. et al. Concepções da equipe multiprofissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n. 9, p.2597-2604, 2013.

SILVA, R.S.; PEREIRA, A.; MUSSI, F.C. Conforto para uma boa morte: perspectiva de uma equipe de enfermagem intensivista. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 01, p. 33-39, 2015.

SILVA, E. P.; SUDIGURSKY, D. Concepções sobre cuidados paliativos: Revisão bibliográfica. **Acta paul. enferm**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 504–508, 2008.

SOUZA, C.L.; EISFELD, E. Protocolo Spikes: Revelação de más notícias. **Anais de Medicina**, Joaçaba, p. 107-108, 2016.

SPRUNG, C.L. et al. End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study. **JAMA**, Chicago, v.290. n.6, p.790-7, aug. 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12915432>>. Acesso em: 16 mar. 2018.

SUSAKI, T. T.; SILVA, M. J. P. da; POSSARI, J. F. Identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de Enfermagem. **Acta paul. enferm**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 144–149, 2006.

TRENTINI, M.; PAIM, L; SILVA, D.M.G. **Pesquisa convergente-assistencial: delineamento provocador de mudanças na prática**. Porto Alegre: Moriá, 2014.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. Florianópolis: Insular, 2004.

TROTТА, E.A. **Expressão de Coerção em Enfermeiros, Médicos e Técnicos de Enfermagem que assistem pacientes pediátricos em situação de Limitação de Suporte de Vida**. 120f. 2012. Dissertação (Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

VALIDAÇÃO. In: FERREIRA, A.B. de H. **Dicionário Aurélio Online**. 5.ed. Curitiba: Editora Positivo, 2014. Disponível em: <<https://dicionariodoaurelio.com/validacao>>. Acesso em: 14 ago. 2017.

VICENSI, M.C. Reflexão sobre a morte na UTI: a perspectiva do profissional. **Revista Bioética**, Brasília, v. 24, n.1, p. 64-72, 2016.

WELLER, W. Grupos de discussão na pesquisa com adolescentes e jovens: aportes teórico-metodológicos e análise de uma experiência com o método. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 241-260, 2006.

APÊNDICE 1- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Martha Maria de Oliveira Pegoraro, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR, sob orientação da Profª. Dra. Maria Cristina Paganini, docente e pesquisadora da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, a participar de um estudo intitulado **“CUIDADOS PALIATIVOS EM UTI: POSSIBILIDADES PARA O CUIDADO AO PACIENTE COM LIMITAÇÃO DE SUPORTE DE VIDA”**, que tem o objetivo de propor uma diretriz multidisciplinar sobre Cuidados Paliativos para pacientes com limitação de suporte de vida internados na UTI Clínico – Cirúrgica deste hospital.

Caso você participe da pesquisa, será necessário responder a entrevista que será realizada pela pesquisadora. Para discussão dos dados obtidos e a construção da diretriz, será necessário participar de duas oficinas com duração máxima de 01 (uma) hora.

É possível que ao responder o questionário você experimente algum desconforto, principalmente relacionado a situações constrangedoras que possa ter vivenciado em sua trajetória profissional. Caso isso ocorra, você poderá optar por interromper ou mesmo não continuar a pesquisa, sendo necessário somente manifestar sua desistência, sem que isso lhe cause qualquer dano.

Quanto aos benefícios, espera-se que haja uma contribuição com a qualidade da assistência prestada aos pacientes com limitação de suporte, por meio da reflexão dos profissionais de saúde sobre essa questão, bem como a adoção de práticas assistenciais mais humanizadas com a utilização da diretriz que será elaborada.

A pesquisadora Martha Maria de Oliveira Pegoraro mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem e responsável por este estudo poderá ser contatada pelo telefone (41) 9 9924 0202 ou pelo seguinte email marthamariamendes@hotmail.com para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP SESA/PR pelo Telefone 3340-4300. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas somente pelos pesquisadores. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade. Será respeitado completamente o seu anonimato nas suas respostas neste questionário.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Nome e Assinatura do participante da pesquisa

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou representante legal para a participação neste estudo.

Martha Maria de Oliveira Pegoraro

Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem.

**APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO PARA PESQUISA SOBRE “CUIDADOS
PALIATIVOS EM UTI: POSSIBILIDADES DE CUIDADOS AO PACIENTE COM
LIMITAÇÃO DE SUPORTE DE VIDA”**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ.
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM, MESTRADO
PROFISSIONAL.

MESTRANDA: Enf.^a Martha Maria de Oliveira Pegoraro

ORIENTADORA: Prof.^a Dr.^a Maria Cristina Paganini

Nome: _____ Idade: _____
Profissão: _____ Tempo de atuação em UTI: _____

1- O que você entende por Limitação de Suporte de Vida?

2- O que você entende por Cuidados Paliativos?

Você acha que os Cuidados Paliativos na UTI podem auxiliar na Assistência ao
Paciente com Limitação de Suporte de Vida? Por quê?

3- Em relação à sua prática profissional, como seu trabalho pode auxiliar no
cuidado ao paciente com Limitação de Suporte de Vida?

Dê exemplos.

APÊNDICE 3 – CONVITES PARA RECRUTAMENTO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Convite!

- Olá equipe!
- Gostaria de convidá-los para a discussão da minha Dissertação de Mestrado, que vocês já participaram da primeira etapa; é uma metodologia participativa e conto com a colaboração de todos!
- Data: 11/05/2018 às 10h30m (antes da Reunião multidisciplinar)
- **Tema:** CUIDADOS PALIATIVOS: UMA ALTERNATIVA PARA O CUIDADO AO PACIENTE COM LIMITAÇÃO DE SUPORTE DE VIDA EM UTI.



OBRIGADA!
ENFª MARTHA

Convite!



- Gostaria de convidá-los para nosso segundo encontro para discussão da minha Dissertação de Mestrado!

Vamos discutir as ações de Cuidados Paliativos inerentes de cada profissão!

Venham com muitas ideias!

- **Data:** 16/05/2018 às 10h30m (antes da Reunião multidisciplinar)
- **Local:** Copa da UTI 2
- **Tema:** Cuidados Paliativos: uma alternativa no cuidado ao paciente com Limitação de Suporte de Vida na UTI.

Conto com a participação de todos!
Enf.ª Martha

CONVITE:

Olá equipe! Gostaria de convidá-los para nosso último encontro, para o fechamento e validação do nosso...

Protocolo de Cuidados Paliativos para UTI.



Cuidados Paliativos

Dia: 05/06/2018 (terça-feira) às 10:30h

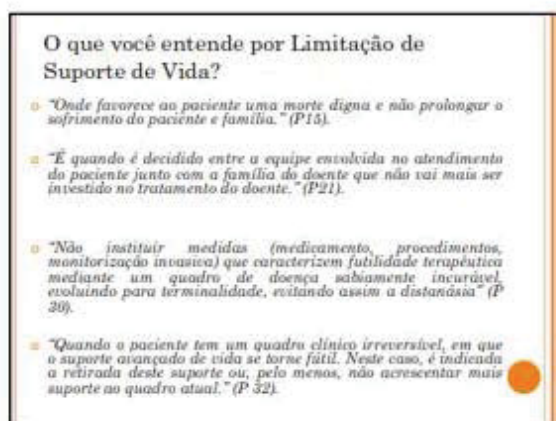
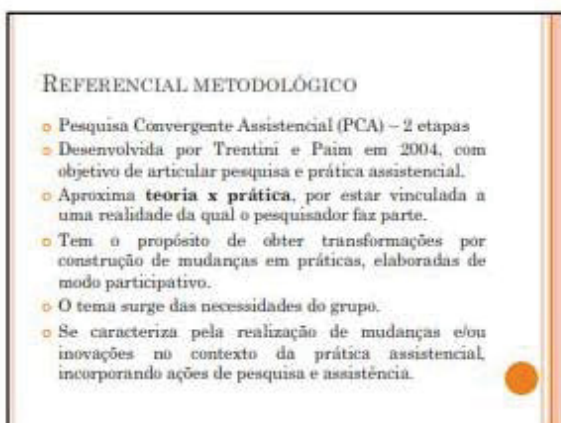
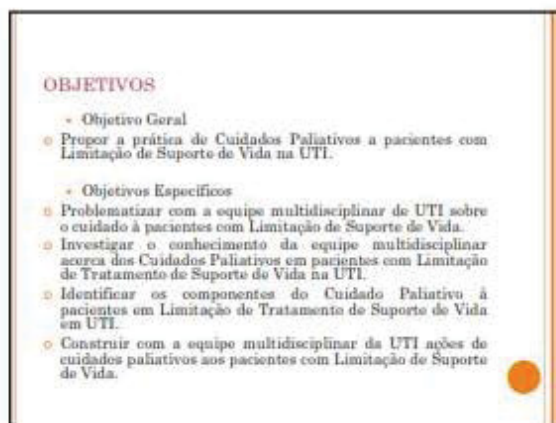
Local: Copa da UTI 2

Conto com a presença e colaboração de todos!

Obrigada!

Enf.ª Martha

APÊNDICE 4 - PRIMEIRO GRUPO DE DISCUSSÃO – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E EXPECTATIVAS PARA CONSTRUÇÃO DE AÇÕES DE CUIDADOS PALIATIVOS AOS PACIENTES COM LIMITAÇÃO DE SUPORTE DE VIDA NA UTI.



CUIDADOS PALIATIVOS



"Cuidado paliativo é uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e famílias que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida. Previne e alivia o sofrimento através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais ou espirituais."

(OMS, 2017)

O que você entende por Cuidados Paliativos?

- "Conjunto de cuidados em pacientes em probabilidades terapêuticas, oferecendo uma morte digna e diminuição do sofrimento em pacientes incurável e em estágio avançado de determinadas doenças, prevenindo alívio do sofrimento e dor, tanto para paciente como para familiares" (P17).
- "Assistência e medidas de conforto para o paciente envolvendo família e equipe multidisciplinar para assistir o paciente quando a terapêutica curativa não é possível" (P31)

O QUE VOCÊ ENTENDE POR CUIDADOS PALIATIVOS?

- "Medidas a serem tomadas para garantir conforto e alívio de sofrimento. Devem ser iniciados desde o início do diagnóstico de uma doença crônica incurável, paralelamente aos cuidados terapêuticos específicos" (P30).
- "São cuidados que visam o bem estar clínico do paciente e que devem ser iniciados em qualquer estágio de sua doença, independentemente se ela é terminal ou não" (P32).

Você acha que os Cuidados Paliativos podem auxiliar na Assistência ao paciente com limitação de Suporte de Vida? Por quê?

- Há um consenso entre todos de que sim, os Cuidados Paliativos podem auxiliar na assistência ao paciente com Limitação de Suporte de Vida.
- Uma das falas: "Sempre! Embora o paciente tenha indicação de limitação de suporte de vida, não significa que não terá nenhum cuidado. Este paciente em especial precisa ter seu conforto garantido e isso ocorre através dos cuidados paliativos." (P32).

- Em relação à sua prática profissional, como seu trabalho pode auxiliar no cuidado ao paciente com Limitação de Suporte de Vida?

NUTRIÇÃO:



- "... O nutricionista pode auxiliar o paciente, e confortar a família, no manejo do suporte nutricional, melhorando a qualidade de vida, adaptando a dieta as necessidades específicas individuais. Um exemplo é auxiliar na redução de sintomas gastrointestinais através da adaptação da dieta, alteração de nutrientes, mudança no porcionamento das dietas via orais ou alteração no volume e velocidade de infusão das dietas enterais."

ENFERMAGEM:



- ◊ "A parte que cabe a enfermagem é uma grande "fatia" do cuidado paliativo, pois, se pensarmos em assistência de enfermagem propriamente dita, não muda nada. As intervenções de higiene, conforto, medicações, alimentação, mobilização, curativos, por exemplo, acabam que devem continuar a serem realizadas. A dificuldade, muitas vezes, é da equipe em entender que não muda nada, e pelo contrário, este paciente merece mais dedicação, sensibilidade e esforço nos cuidados neste momento da vida".

PSICOLOGIA:



- ◊ "Acredito que como psicóloga auxílio na melhora do processo de comunicação equipe/ família, garantir a compreensão do quadro clínico, promovendo reuniões entre as partes, realizar atendimentos individuais com membros da família para preparação de um possível óbito,.... além de identificar pontos saudáveis e de suporte na enfrentamento psicológico para a situação".

FISIOTERAPIA:



- ◊ "Auxílio numa melhora respiratória do doente, mantendo uma boa ventilação e higiene brônquica, diminuindo a dor muscular através de alongamentos prevenindo complicações cardiopulmonares e musculoesqueléticas".

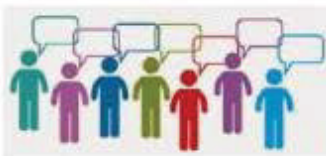
MEDICINA:



- ◊ "Coordenar e orientar a equipe quanto ao quadro terminal do paciente, a indicação de limitação de suporte, as medidas clínicas para conforto (controle de dor, ansiedade, náusea, vômito, estase, constipação, sialorréia, diminuir desconforto respiratório). Visitas estendidas com familiares, apoio religioso, orientação e acolhimento aos familiares, avaliar possibilidades de nutrição, tipo de dieta, jejum...."

EXPECTATIVAS:

- ◊ Próximo encontro: discutir as ações em Cuidados paliativos, de cada categoria profissional, para construção de uma proposta de implantação de Cuidados paliativos aos pacientes com Limitação de Suporte internados na nossa UTL.
- ◊ Sugestões???
- ◊ Críticas???



*"O sofrimento humano
só é intolerável, quando
ninguém cuida"*

Dama Cicely Saunders

APÊNDICE 5 – SEGUNDO GRUPO DE DISCUSSÃO: AÇÕES MULTIDISCIPLINARES DE CUIDADOS PALIATIVOS A PACIENTES COM LIMITAÇÃO DE SUPORTE DE VIDA.



**CUIDADOS PALIATIVOS:
UMA ALTERNATIVA PARA O
CUIDADO AO PACIENTE
COM LIMITAÇÃO DE
SUPORTE DE VIDA EM UTI**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL
ALUNA: MARTHA MARIA DE OLIVEIRA PEGORARO
ORIENTADORA: PROF. DRA. MARIA CRISTINA PAGANINI

CUIDADOS PALIATIVOS

"Cuidado paliativo é uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e famílias que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida. Previne e alivia o sofrimento através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais ou espirituais."

(JOMBA, 2017)

**RECOMENDAÇÕES QUANTO AOS
CUIDADOS PALIATIVOS A SEREM
PRESTADOS À PACIENTES COM
LIMITAÇÃO DE SUPORTE DE VIDA NA
UTI.**

- **OBJETIVO:** Criar um plano de atendimento ao paciente com Limitação de Suporte de Vida, com as intervenções multidisciplinares, refletindo as escolhas de acordo com as mudanças no quadro clínico do paciente.
- Deve ser oferecido à todo paciente com Limitação de Suporte de Vida internado na UTI.


NUTRIÇÃO



- A intervenção nutricional adequada promove bem-estar, controle de sintomas e melhora da qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares. Nos Cuidados Paliativos devem ser respeitados e observados os aspectos biológico, emocional, social e cultural do paciente, o que pode ser verificado também na alimentação do mesmo. A nutricionista é a principal agente nesse processo.

(MORAIS ET AL, 2016)


FONOAUDIOLOGIA



- Cabe ao fonoaudiólogo contribuir com seus conhecimentos específicos para maximizar a deglutição, adaptá-la e ou preservar com segurança o prazer da alimentação por via oral, quando possível, bem como ajudar o paciente a restabelecer ou adaptar sua comunicação, visando a uma maior integração social e familiar.

(CALHEIROS, ALBUQUERQUE, 2012).

SERVIÇO SOCIAL



- O assistente social desempenha dois papéis importantes em cuidados paliativos, o primeiro é de informar a equipe sobre dados biográficos do paciente, para que, com as informações, se planeje a melhor escolha de tratamento. A outra função consiste no elo que deve fazer entre paciente-família e a equipe, contribuindo para o fortalecimento das relações e providenciando os recursos necessários para que o paciente tenha uma morte digna junto de sua família.

(HERMES, LAMARCA, 2013).

FISIOTERAPIA



- Cabe ao fisioterapeuta que atua em UTI, diante dos cuidados paliativos, utilizar-se de métodos e recursos de sua profissão para aprimorar a assistência ao paciente, facilitando sua adaptação à progressiva perda de funcionalidade ou até a chegada da morte, minimizando os sintomas.

(GULINI, 2013).

MEDICINA



- Nos Cuidados Paliativos o foco não é a doença, mas sim o doente, e o profissional médico deve atuar liderando a equipe multiprofissional e garantindo que o cuidado alcance todos os aspectos biopsicossociais e espirituais do paciente e sua família. A comunicação adequada é de extrema importância, devendo o médico agir como facilitador para que toda equipe trabalhe numa mesma direção. Cabe também ao profissional médico a responsabilidade de comunicar e passar as informações sobre o quadro clínico ao paciente e sua família.

(HERMES, LAMARCA, 2013).

PSICOLOGIA



- O psicólogo diante da terminalidade, busca a qualidade de vida do paciente, amenizando o sofrimento, ansiedade e depressão do mesmo diante da morte. A atuação do psicólogo é importante tanto no nível de prevenção, quanto nas diversas etapas do tratamento. Pode contribuir para que o paciente e seus familiares falem sobre o problema, ajudando no enfrentamento desta.

(HERMES, LAMARCA, 2013).

ENFERMAGEM



- O profissional de enfermagem é fundamental para a implantação de cuidados paliativos, pela essência de sua formação que se baseia no "cuidar". A enfermagem pode ser definida como a arte e a ciência de assistir ao paciente em suas necessidades básicas, e em se tratando de Cuidados paliativos, a enfermagem busca contribuir para uma sobrevida mais digna, realizando ações de conforto ao paciente além dos cuidados básicos que o paciente necessitar. (HERMES, LAMARCA, 2013).
- Cabe ao enfermeiro, em especial, a gestão do cuidado ao paciente, bem como, por sua proximidade com o paciente, ser o mediador da relação equipe multiprofissional x paciente/família. (NILSON, 2012).

PRÓXIMO ENCONTRO

- Revisão...
- Adaptação...
- Validação ...



OBRIGADA!

Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.

Cari Jung

© PENNACOR



**APÊNDICE 6 – PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES
COM LIMITAÇÃO DE SUPORTE DE VIDA EM UTI**

**PROTOCOLO DE CUIDADOS
PALIATIVOS PARA PACIENTES
COM LIMITAÇÃO DE
SUPORTE DE VIDA EM
UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA**





UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL

PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA
PACIENTES COM LIMITAÇÃO DE SUPORTE DE VIDA EM UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA

Elaboração e organização

Martha Maria de Oliveira Pegoraro

Maria Cristina Paganini

Colaboração

Equipe Multidisciplinar da Unidade de Terapia Intensiva Clínico Cirúrgica do Hospital
do Trabalhador

CURITIBA

2018



SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	4
2	ABRANGÊNCIA	6
2.1	OBJETIVOS.....	6
3	CONCEITOS	7
3.1	UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA	7
3.2	LIMITAÇÃO DE SUPORTE DE VIDA.....	8
3.3	DILEMAS RELACIONADOS AO MORRER EM UTI – PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO	11
3.4	CUIDADOS PALIATIVOS	12
3.5	CUIDADOS PALIATIVOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	13
4	AÇÕES MULTIDISCIPLINARES DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	16
4.1	ENFERMAGEM (ENFERMEIROS E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM)	16
4.2	FISIOTERAPIA	17
4.3	FONOAUDIOLOGIA	18
4.4	MEDICINA	19
4.4.1	Extubação Paliativa	20
4.5	NUTRIÇÃO	20
4.6	PSICOLOGIA.....	21
4.7	SERVIÇO SOCIAL	22
5	COMUNICAÇÃO ENTRE EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E PACIENTE/ FAMÍLIA	23
6	DIAGRAMA PARA CUIDADOS PALIATIVOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	25

REFERÊNCIAS	26
ANEXO 1 – ATA DE REUNIÃO ENTRE A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E OS FAMILIARES	30



1 APRESENTAÇÃO

A iniciativa para realização deste protocolo surgiu a partir da inserção da pesquisadora no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional da UFPR, sendo desenvolvido com o intuito de fomentar uma prática assistencial mais humanizada para os pacientes internados na UTI.

A elaboração e implementação de ações multidisciplinares sistematizadas de Cuidados Paliativos para UTI visa promover a redução do sofrimento e a melhora da qualidade do atendimento oferecido ao paciente crítico ou em final de vida, melhorando a interação com família e servindo de guia para a equipe multidisciplinar.

Esta iniciativa visa nortear as ações sem se tornar uma regra no planejamento do cuidado, propiciando o acompanhamento do cuidado e a avaliação contínua das necessidades do paciente internado, principalmente após a Limitação de Suporte de Vida, com vistas a facilitar o olhar multiprofissional e as decisões necessárias para esta fase de vida.

A tarefa de promover a discussão e a construção das diretrizes que estruturaram este protocolo se baseou na intenção de facilitar a atuação dos profissionais que compõem a equipe e atender as necessidades que têm vivenciado no cuidado ao paciente que está em limitação de suporte de vida e que passa a receber Cuidados Paliativos. O desafio na realização das discussões e no estabelecimento dos parâmetros do protocolo está centrado na pouca experiência que os profissionais, pacientes e famílias têm em tratar da limitação de suporte para pacientes em um contexto de terapia intensiva.

Os encontros, as discussões e as trocas de conhecimentos permearam todo o processo de elaboração deste Protocolo, absorvendo conhecimentos mútuos, pelas mãos dos profissionais e pesquisadores.

5

Para além de apresentar um trabalho concluído, desejamos que este documento seja um agente motivador dos debates na equipe multiprofissional visando sua à evolução com os avanços da área de saúde e, principalmente, com os avanços na discussão de final de vida e variação na forma brasileira de aplicar Cuidados Paliativos em UTI.



2 ABRANGÊNCIA

Os Cuidados Paliativos devem ser oferecidos a todos os pacientes internados nas Unidades de Terapia Intensiva e intensificados aos pacientes com Limitação de Suporte de Vida. Este protocolo serve de guia para a equipe multidisciplinar de UTI.

2.1 OBJETIVOS

- Propor a prática de Cuidados Paliativos a pacientes internados na UTI, após a Limitação de Suporte de Vida.
- Oferecer e manter cuidados individualizados, suficientes para garantir o atendimento físico, psicoemocional e sociocultural ao paciente/família, respeitadas as perspectivas bioéticas e legais.



3 CONCEITOS

3.1 UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

- Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é uma unidade hospitalar destinada ao atendimento de pacientes graves ou de risco. Essa unidade oferece assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e diferentes tecnologias destinadas ao diagnóstico e à terapêutica. (BRASIL, 1998).
- É uma estrutura hospitalar que recebe pacientes em casos graves de saúde ou em casos de descompensação de um ou mais sistemas orgânicos.
- As práticas da medicina intensiva consistem em aplicar recursos para a manutenção da vida, como fármacos, próteses, dispositivos eletrônicos, através de recursos humanos capacitados especificamente para esse cuidado intensivo.
- Pelo dinamismo da UTI, procedimentos complexos são comuns e executados sob condições rápidas, exigindo tomadas de decisão imediatas.
- O critério para manter um paciente na UTI é o seu estado clínico, quando a severidade e gravidade exigem acompanhamento contínuo decorrente do risco iminente de morte. Por essas peculiaridades, a UTI é um local que apresenta um número elevado de mortes, exigindo atenção e prestação de serviços eficientes (FONSECA; FONSECA, 2010).
- Questões bioéticas existentes na UTI estão relacionadas principalmente à manutenção da vida e aos cuidados que podem prolongar a vida de pacientes críticos.

Nesse contexto, segundo Trotta (2012), as internações em UTI podem ter dois caminhos:

- 1) A melhora do quadro clínico do paciente com sucesso no tratamento.
- 2) Quando a melhora não é alcançada, chamado de tratamento fora das possibilidades terapêuticas.

Como proposta pela última versão do Código de Ética Médico (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM), 2009, art. XXII), diante de um paciente com prognóstico ruim, ou seja, fora das possibilidades terapêuticas, pode-se proceder à limitação de tratamento de suporte de vida. Anteriormente a esta decisão, se podia manter o tratamento do paciente até a morte, incluindo terapia para novas situações diagnosticadas e manobras de ressuscitação em caso de parada cardíaca.

3.2 LIMITAÇÃO DE SUPORTE DE VIDA

O avanço das tecnologias em saúde fez com que consigamos manter um suporte que prolongue a vida dos pacientes no ambiente de UTI, quando o paciente se encontra em possibilidades de tratamento (BITTENCOURT et al, 2007).

- Diante de um prognóstico ruim, hoje pode-se proceder à Limitação de Suporte de Vida (TROTТА, 2012).
- A Limitação de Suporte de Vida (LSV) se caracteriza pelo reconhecimento da inutilidade do tratamento (TROTТА, 2012).
- A LSV é definida como a decisão de não instituir terapêutica médica ou interromper o suporte avançado de vida já instituído em pacientes terminais sem possibilidade de recuperação (FRANÇA, 2008).
- A LSV é prática legal no Brasil, garantida pela publicação da Resolução 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina (CFM), e dá respaldo ao médico para limitar ou suspender procedimentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal.
- Ortotanásia significa “morte correta” , no seu tempo certo, não submetendo o paciente terminal a tratamentos desumanos e degradantes, que visam somente a

postergar a sua morte, sem chance alguma de cura, desde que respeitada a sua vontade (CFM, 2009)

- É uma forma de oferecer uma morte digna aos pacientes internados em UTI, evitando o prolongamento do sofrimento – Evitar Distanásia! (LAGO et al., 2008).
- Segundo Sprung et al. (2003) as discussões e pesquisas sobre a tomada de decisão de final de vida consideram cinco caracterizações de modo de morrer:
 - Falha na Ressuscitação Cardiorrespiratória, definida como morte que ocorre apesar do tratamento sem restrições.
 - Morte Cerebral, quando não há fluxo sanguíneo cerebral e ocorreu a cessação da função cerebral.
 - Não oferta de tratamento de suporte de vida, caracterizada como decisão de não iniciar ou aumentar uma intervenção de sustentação da vida.
 - Retirada de tratamento, caracterizada por retirar uma intervenção já iniciada.
 - Encurtamento ativo do processo de morrer, definido como uma circunstância em que alguém realiza um ato para agilizar o processo de morte.

Existem quatro razões para se optar por limitação de suporte de vida segundo Trotta (2012): (QUADRO 1)

QUADRO 1 - RAZÕES PARA SE OPTAR POR LIMITAÇÃO DE SUPORTE DE VIDA	
Razões para se optar por Limitação de Suporte de Vida	
1	-O desejo do paciente de não ser tratado.
2	- O tratamento disponível ser considerado fútil.
3	- A qualidade de vida prevista ser inaceitável.
4	- A carga que o tratamento impõe não possa ser suportada pelo paciente.

FONTE: TROTTA (2012)

Para Mazutti, Nascimento e Fumis (2016) alguns fatores estão muito associados à limitação de suporte de vida, como:

- Idade avançada;
- Déficit cognitivo;
- Gravidade da doença;
- Presença prévia de comorbidades;
- Qualidade de vida limitada;
- Desejo dos pacientes e /ou familiares.

- Para Piva e Carvalho (1993), quaisquer tratamentos que não visem o conforto físico ou emocional do paciente após decisão de limitação de suporte de vida são considerados fúteis.
- Ocorre através da retirada ou não oferta de suporte de vida ou manutenção das medidas vigentes, mas sem acréscimo de tratamento para novas situações (TROTTA, 2012).
- Mais comum: Decisão de não ressuscitação (MILES; CRANFORD; SCHULTZ, 1982).
- Dificuldade de consensos e padronização sobre o tema – tratamentos específicos de cada região do mundo (BITTENCOURT et al, 2007).
- Muitas peculiaridades na legislação, o que torna a Limitação de Suporte de Vida um Dilema! (BOMTEMPO, 2011).
- Por não haver padronização de condutas nem amparo legal suficiente, é importante a presença de uma Equipe Multidisciplinar e Comissões de Ética para auxiliar a tomada de decisão, envolvendo paciente e família (BITTENCOURT et al, 2007).
- Deve-se salientar a importância de documentar essas decisões nos prontuários dos pacientes – **Ata de Reunião com a Família** (ANEXO 1)

3.3 DILEMAS RELACIONADOS AO MORRER EM UTI – PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO

- Dilema é “uma alternativa em que não há opção satisfatória; uma conjuntura difícil (sem saída conveniente) ou argumento formado por duas proposições que se contradizem mutuamente”. O final da vida, com o avanço biotecnológico das últimas décadas, tornou-se um problema para os profissionais de saúde, um dilema ético, principalmente no que se refere à tomada de decisão no processo de morrer (MEDEIROS et al., 2012).
- Dentro do ambiente hospitalar, é na UTI que são realizados os atendimentos aos pacientes mais graves ou em risco de morte, e o excesso de tratamento e a falta de limite para salvar vidas podem prolongar o processo de morte, gerando angústia, dor e ansiedade para o paciente, a família e a equipe multiprofissional. Esse sofrimento prolongado do processo de morrer é conhecido como distanásia, tratamento fútil ou obstinação terapêutica (MEDEIROS et al., 2012).
- O processo de tomada de decisão¹ em UTI é um dilema para os profissionais de saúde, pois, desde a internação na UTI, as escolhas de tratamento afetam não só o paciente, mas seus familiares e a própria equipe.
- A existência de diversos critérios para a tomada de decisão nos cuidados ao final de vida, como os cuidados paliativos, o tratamento intensivo, a recusa/ suspensão/ não instituição de tratamentos fúteis, a solicitação da “boa morte” (ortotanásia) e outros torna necessária a reflexão bioética sobre o processo de morrer, envolvendo pacientes ou seus substitutos legais, familiares e profissionais de saúde, tornando essa decisão mais próxima do respeito e autonomia do paciente (LIMA; REGO; BATISTA, 2015).
- Bioética: surge nos anos de 1970, quando Van R. Potter propôs um novo ramo do conhecimento, com o propósito de fazer as pessoas refletirem sobre o uso da tecnologia. Tem como fundamento ético o respeito pela pessoa.
- Princípioalismo: principal paradigma difundido pela Bioética, sendo quatro princípios Beneficência, Não Maleficência, Autonomia e Justiça.

¹Tomada de decisão é um processo cognitivo que resulta na seleção de uma opção entre várias alternativas, por exemplo, decidir sobre limitar ou suspender um tratamento ou não reanimar um paciente (PAGANINI, 2011).

- Esses princípios têm sido muito utilizados e são considerados como “ferramentas” para facilitar o enfrentamento das questões éticas na prática da saúde. Os princípios da Beneficência e Não Maleficência, como sugerem os próprios nomes, significam “fazer o bem”, “evitar o mal”, sendo o benefício do paciente sempre a principal razão do exercício das profissões que envolvam a vida das pessoas, evitando o sofrimento, o dano. De acordo com o princípio da Autonomia, as pessoas devem ter direito à privacidade, liberdade de decisão sobre sua vida, livres de influências, ou seja, serem o motor do seu próprio comportamento. E a igualdade de tratamentos, respeitando com imparcialidade o direito de cada um e levando em consideração o que é devido a cada pessoa, é o que representa o princípio da Justiça (BEUCHAMP; CHILDRESS, 2013).
- A tomada de decisão no processo de morrer pode ter como protagonistas: o próprio paciente, se ele for capaz de responder por si e tomar livres decisões; ou seu representante legal, no caso da incapacidade do paciente de responder por si. Em ambos os casos se garante o respeito à autonomia do paciente conforme as Resoluções 1.995/2012 (CFM, 2012) e 564/2017 do Conselho Federal de Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN), 2017) que aprova o Código de ética dos profissionais de Enfermagem e dispõe em um dos artigos sobre as diretivas antecipadas de vontade do paciente, definindo que o mesmo pode decidir ou comunicar seus desejos/ decisões sobre cuidados e tratamentos que deseja ter, devendo o profissional levar em conta e registrar sobre as diretivas antecipadas do mesmo. A família também tem papel importante nessa tomada de decisão, mas é preciso ter em vista sempre o respeito à autonomia do paciente. Ao profissional de saúde cabe estar preparado e competente para intermediar e facilitar esse processo, respeitando à vontade e oferecendo os cuidados necessários (LIMA; REGO; BATISTA, 2015).

3.4 CUIDADOS PALIATIVOS

- Surgiram nos anos de 1960, na Inglaterra, como uma nova abordagem filosófica para pacientes sem possibilidade de cura – Filosofia do Cuidar!
- Têm como objetivo primário o bem-estar do paciente, permitindo-lhe uma morte digna e tranquila.

- Envolve uma equipe multidisciplinar que inclui várias especialidades, como médicos, psiquiatras, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, conselheiros espirituais e sacerdotes, onde todos são importantes para identificar e direcionar os problemas relacionados à internação em todas as esferas: física, espiritual e social (COSTA FILHO et al., 2008).

Cuidado Paliativo foi definido pela Organização Mundial da Saúde em 2018 como:

Cuidado paliativo é uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e famílias que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida. Previne e alivia o sofrimento através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais ou espirituais (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), 2018, não p.).

- Seus princípios fundamentais são (MORITZ et al., 2008):
 - Aceitar a morte como um processo natural do fim da vida;
 - Priorizar sempre o melhor interesse do paciente;
 - Repudiar futilidades (tanto diagnósticas, quanto terapêuticas);
 - Não encurtar a vida nem prolongar a morte;
 - Garantir a qualidade da vida e do morrer;
 - Aliviar a dor e outros sintomas associados à condição de final de vida do paciente, cuidar dos aspectos clínicos, psicológicos, sociais, espirituais do paciente e seus familiares;
 - Respeitar a autonomia do paciente e de seus representantes legais;
 - Avaliar o custo-benefício a cada atitude e estimular a interdisciplinaridade como prática assistencial.

3.5 CUIDADOS PALIATIVOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

- Todos os pacientes de UTI deveriam receber Cuidados Paliativos, uma vez que todos apresentam doenças que ameaçam a continuidade da vida, e isso não exclui a busca pela cura e pelo cuidado curativo, mas sim, durante a evolução da doença, cuidados curativos e paliativos devem caminhar juntos.

- Para trazer os Cuidados Paliativos para a UTI, dois modelos são sugeridos, segundo Forte (2015), e escolher um desses deve ser o primeiro passo para a sua implantação:

1) "Modelo Consultivo", no qual uma equipe de cuidados paliativos é envolvida no cuidado de pacientes com maior risco de morte e/ou sequelas e de seus familiares;

2) "Modelo de Integração", que visa incorporar princípios de cuidados paliativos à prática diária da UTI, abordando todos os pacientes e familiares que enfrentam doenças graves.

- Os Cuidados Paliativos em UTI são aqueles prestados a todos os pacientes com risco de vida e com sintomas que comprometem a qualidade de vida.
- De acordo com o objetivo prioritário do cuidado paliativo, seguindo o Modelo de Integração, o paciente de UTI pode se classificar em fases: (QUADRO 2)

QUADRO 2 – FASES DO CUIDADO PALIATIVO EM UTI

Fase 1	Aplicável para a maior parte dos pacientes de UTI, quando a recuperação é provável e os cuidados curativos são a prioridade. Nessa fase o Cuidado paliativo promove, por exemplo, o adequado controle de sintomas e a comunicação empática entre equipe, paciente e familiares.
Fase 2	Quando a recuperação ou o controle da doença são improváveis, e devem-se priorizar os cuidados que busquem o que o paciente entende por conforto e qualidade de vida, sempre em consenso de equipe, paciente e familiares.
Fase 3	É a fase em que as situações de morte se tornam iminentes ou inevitáveis e os cuidados paliativos podem ser exclusivos, sendo todas as ações voltadas à promoção do conforto, qualidade de vida e alívio dos sintomas tanto para pacientes, como seus familiares, preservando a dignidade.
Fase 4	Após o óbito, por meio de suporte e apoio aos familiares.

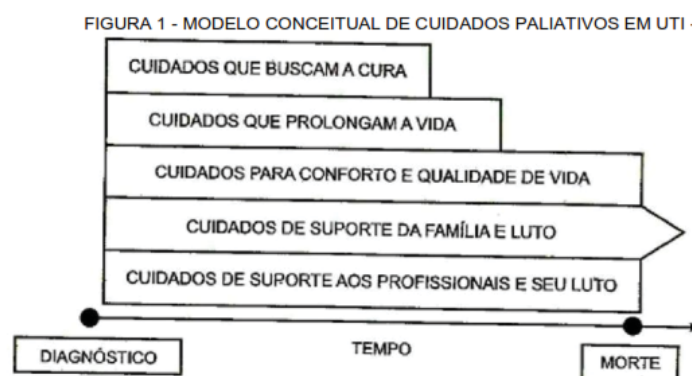
FONTE: Adaptado de MORITZ; ROSSINI; DEICAS (2012)

Em todas as fases devem-se oferecer e manter cuidados individualizados, suficientes para garantir o atendimento físico, psicoemocional e sociocultural do paciente e sua família (MORITZ; ROSSINI; DEICAS, 2012).

- A relação entre Cuidados Paliativos e UTI é a conexão entre tomada de decisão pela equipe multidisciplinar e a fragilidade do paciente e sua família.
- Em pacientes com Limitação de Suporte de Vida é importante ampliar a conscientização, redirecionar medidas terapêuticas para aliviar o desconforto gerado

pela internação na UTI, propondo uma transição de cuidados intensivos terapêuticos para cuidados intensivos fomentadores de alívio dos sintomas e do sofrimento, até sua morte, servindo as ações paliativas como ponto de suporte no plano de cuidado desses pacientes (FONSECA; FONSECA, 2010).

Cuidados curativos e paliativos não são excludentes, mas complementares! (FIGURA 1)



FONTE: MORITZ (2012, p.86)

Transformar os Cuidados Paliativos na UTI em prática exige ter visão realista e cuidadosa dos recursos disponíveis, das atitudes dos principais interessados, dos aspectos estruturais de atendimento e dos padrões de prática local na UTI e no ambiente hospitalar. Cuidar vai muito além de curar, e os cuidados paliativos em UTI podem trazer muitos benefícios para pacientes, familiares e profissionais envolvidos (FORTE, 2015).



4 AÇÕES MULTIDISCIPLINARES DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

4.1 ENFERMAGEM (ENFERMEIROS E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM)

O profissional de enfermagem é fundamental para a implantação de cuidados paliativos, pela essência de sua formação, que se baseia no “cuidar”. A enfermagem pode ser definida como a arte e a ciência de assistir ao paciente em suas necessidades básicas, e, em se tratando de cuidados paliativos, a enfermagem busca contribuir para uma sobrevida mais digna, realizando ações de conforto para o paciente, além dos cuidados básicos que o paciente necessitar (HERMES; LAMARCA, 2013).

Cabe ao enfermeiro, em especial, a gestão do cuidado ao paciente, bem como, por sua proximidade com o paciente, ser o mediador da relação entre equipe multiprofissional e paciente/família (NILSON, 2012).

A seguir, uma das respostas das enfermeiras que sintetiza seu papel no cuidado ao paciente com Limitação de Suporte de Vida:

“A parte que cabe à enfermagem é uma grande ‘fatia’ do cuidado paliativo, pois, se pensarmos em assistência de enfermagem propriamente dita, não muda nada. As intervenções de higiene, conforto, medicações, alimentação, mobilização, curativos, por exemplo, acaba que devem continuar a ser realizadas. A dificuldade, muitas vezes, é da equipe em entender que não muda nada, e, pelo contrário, este paciente merece mais dedicação, sensibilidade e esforço nos cuidados neste momento da vida”. (Enfermeira da UTI Clínico Cirúrgica).

“Prestando todo o cuidado de enfermagem disponível, promovendo conforto, alívio da dor, apoio ao paciente e acolhimento à família”. (Enfermeira da UTI Clínico Cirúrgica).

Em seguida, as principais abordagens obtidas nas respostas dadas pela equipe dos técnicos de enfermagem:

- Oferecendo carinho, dedicação, amor, respeito para que o paciente tenha um descanso digno nesses momentos.
- Promover conforto e bem-estar ao paciente.
- Realizar cuidados de enfermagem através da higiene, hidratação corporal, higiene oral, troca de curativos, mudanças de decúbito, colocação de coxins, posicionamento no leito, massagens, mantendo sua dignidade e qualidade de vida.
- Mediar conforme prescrição, evitando a dor no paciente.
- Manter dieta adequada, auxiliar quando necessário e comunicar intercorrências como desconfortos, náuseas, vômitos, inapetência.
- Respeitar a privacidade e vontades do paciente, quando consciente.
- Conversar e ajudar com suas crenças para que possa encontrar paz neste momento difícil.
- Conversar e dizer palavras de conforto, fazer com que ele se sinta bem.
- Manter boa ventilação, colocar oxigenoterapia, aspirar quando necessário.
- Acolher a família, fazer com que ela faça parte dos cuidados, mostrando os cuidados prestados ao paciente, proporcionando tranquilidade.
- Evitar comentários desagradáveis, proporcionando um ambiente acolhedor ao paciente e sua família.
- Facilitar a presença permanente de familiares.
- Intensificar atitudes de solidariedade e comunicação empática.
- Orientar e auxiliar o paciente/ família na preparação dos cuidados a serem realizados em casa, no caso de alta da UTI.
- Participar e discutir em visita multiprofissional os aspectos referentes à ENFERMAGEM.
- Registrar em prontuário eletrônico as condutas adotadas.

4.2 FISIOTERAPIA

Cabe ao fisioterapeuta que atua em UTI, diante dos cuidados paliativos, utilizar-se de métodos e recursos de sua profissão para aprimorar a assistência ao paciente, facilitando sua adaptação à progressiva perda de funcionalidade ou até a chegada da morte, minimizando os sintomas (GULINI, 2012).

A seguir, as principais abordagens fisioterapêuticas obtidas nas respostas dadas pela equipe:

- Alívio na dor, através de mobilizações, posicionamento, alongamentos e terapia manual.
- Alívio no desconforto respiratório, através de aspiração, higiene brônquica e reexpansão pulmonar.
- Auxiliar na manutenção de uma boa ventilação para o paciente, adequando o uso de Oxigênio ou Ventilação Não Invasiva, se necessário, e parâmetros da Ventilação Mecânica, quando em uso.
- Manter a máxima independência funcional do paciente, dentro das suas possibilidades.
- Orientar pacientes/ familiares quanto aos cuidados de pacientes debilitados que recebem alta da UTI.
- Participar e discutir em visita multiprofissional os aspectos referentes à FISIOTERAPIA.
- Registrar em prontuário eletrônico as condutas adotadas.

4.3 FONOAUDIOLOGIA

Cabe ao fonoaudiólogo contribuir com seus conhecimentos específicos para maximizar a deglutição, adaptá-la e/ou preservar com segurança o prazer da alimentação por via oral, quando possível, bem como ajudar o paciente a restabelecer ou adaptar sua comunicação, visando maior integração social e familiar (CALHEIROS; ALBUQUERQUE, 2012).

- Adaptar ou readaptar o paciente para uma alimentação segura.
- Desenvolver métodos ou estratégias para melhor comunicação do paciente.
- Orientar o paciente e seus familiares a fim de desenvolver suas potencialidades, de maneira humanizada, respeitando suas expectativas e os limites da doença avançada.
- Definir uma via de alimentação segura, em relação à deglutição.
- Respeitar a vontade do paciente, independente da via indicada pelo fonoaudiólogo.
- Participar e discutir em visita multiprofissional os aspectos referentes à FONOAUDIOLOGIA.
- Registrar em prontuário eletrônico as condutas adotadas.

4.4 MEDICINA

Nos Cuidados Paliativos o foco não é a doença, mas sim o doente, e o profissional médico deve atuar liderando a equipe multiprofissional e garantindo que o cuidado alcance todos os aspectos biopsicossociais e espirituais do paciente e sua família. A comunicação adequada é de extrema importância, devendo o médico agir como facilitador para que toda a equipe trabalhe numa mesma direção. Cabe também ao profissional médico a responsabilidade de comunicar e passar as informações sobre o quadro clínico ao paciente e sua família (HERMES; LAMARCA, 2013).

A seguir, as principais abordagens obtidas nas respostas dadas pela equipe médica:

- Participar ativamente da tomada de decisão da Limitação de Suporte de Vida.
- Providenciar reuniões multidisciplinares.
- Coordenar e discutir com a equipe multiprofissional quanto ao quadro terminal do paciente e medidas clínicas para conforto.
- Acolhimento e orientação do paciente (quando possível) e familiares durante todo o processo de internação, com visitas estendidas, apoio religioso.
- Agendar reuniões com familiares para comunicação e esclarecimentos sobre o quadro clínico dos pacientes.
- Alívio dos sintomas (dispneia, dor, náusea, êmese, constipação, confusão mental, etc.) decorrentes do quadro patológico.
- Oferecer conforto.
- Evitar a dor com adequação da analgesia.
- Atender às necessidades básicas e de higiene do paciente, envolvendo a família no processo de cuidados e a equipe multiprofissional para minimizar o sofrimento do paciente.
- Reavaliar e readequar o tratamento de acordo com as respostas do paciente.
- Participar e discutir em visita multiprofissional os aspectos referentes à MEDICINA.
- Registrar em prontuário eletrônico as condutas adotadas.

4.4.1 Extubação Paliativa

Extubação paliativa (EP) é a retirada do tubo traqueal e da ventilação mecânica (VM), quando essa terapia é reconhecida como fútil, em indivíduos cujas opções terapêuticas curativas/restaurativas foram esgotadas e para os quais espera-se que a morte ocorra em um curto espaço de tempo. A retirada da VM é descrita como um “processo” e, como tal, deve ser levado em consideração o quadro clínico do paciente e se o mesmo irá se beneficiar com a extubação. Devem ser avaliadas as possíveis complicações deste ato e o tratamento a ser proporcionado para a correção das mesmas.

É comum que a retirada de terapias consideradas fúteis ou inúteis seja múltipla. De forma geral, as terapêuticas mais frequentemente limitadas são os vasopressores e os métodos dialíticos. Os fármacos quase nunca suspensos ou recusados são os sedativos e analgésicos (REBELATTO, 2015).

Na EP, como em todas as terapêuticas instituídas na UTI, é primordial o trabalho multiprofissional. As profissões mais intimamente envolvidas nesse procedimento são a medicina, a enfermagem e a fisioterapia. Cabem ao médico a decisão terapêutica, a previsão de complicações e a instituição de medicamentos que evitem essas complicações e que permitam o bem-estar do paciente. Destaca-se no papel do fisioterapeuta e do enfermeiro a atuação direta sobre algumas das etapas da retirada da VM, principalmente nas fases onde há redução dos parâmetros do ventilador, alteração da modalidade ventilatória e extubação do paciente. Acrescenta-se a importância da adequada comunicação e do acompanhamento aos familiares do paciente. Embora existam relatos na literatura de que a EP está associada com melhora da satisfação e com a diminuição da depressão familiar, ainda há dificuldades para a implantação desse procedimento nas UTIs (REBELATTO, 2015). Deve-se analisar cada caso, respeitando a autonomia e vontade do paciente.

4.5 NUTRIÇÃO

A intervenção nutricional adequada promove bem-estar, controle de sintomas e melhora da qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares (MORAIS et al., 2016). Nos Cuidados Paliativos devem ser respeitados e observados os aspectos

biológico, emocional, social e cultural do paciente, o que pode ser verificado também na alimentação do mesmo. O nutricionista é o principal agente nesse processo:

- Auxiliar o paciente no manejo do suporte nutricional, melhorando a qualidade de vida, adaptando a dieta às necessidades específicas individuais.
- Confortar a família, quando necessário, em relação às dúvidas quanto à nutrição.
- Auxiliar na redução de sintomas gastrointestinais através da adaptação da dieta, alteração de nutrientes, mudança no porcionamento das dietas via oral ou alteração no volume e velocidade de infusão das dietas enterais.
- Respeitar a vontade do paciente, analisando cada caso, em relação à ingesta de alimentos de fora do hospital.
- Discutir em equipe multiprofissional e considerar o jejum, quando necessário.
- Realizar o contato com a equipe de nutrição da Enfermaria para auxiliar na preparação do paciente/ família em caso de alta hospitalar.
- Participar e discutir em visita multiprofissional os aspectos referentes à NUTRIÇÃO.
- Registrar em prontuário eletrônico as condutas adotadas.

4.6 PSICOLOGIA

O psicólogo, diante do final de vida do paciente, busca a qualidade e conforto do paciente e de sua família, amenizando o sofrimento, ansiedade e depressão diante da morte. A atuação do psicólogo é importante tanto no nível de prevenção, quanto nas diversas etapas do tratamento. Pode contribuir para que o paciente e seus familiares falem sobre o problema, ajudando no enfrentamento deste (HERMES; LAMARCA, 2013).

A seguir, algumas das atividades realizadas pelo serviço de psicologia obtidas no instrumento de pesquisa. As respostas foram sintetizadas.

- Oferecer suporte emocional ao paciente e sua família, fortalecendo recursos de enfrentamento para a situação em que se encontram.
- Facilitar a presença dos familiares de maneira permanente – Liberar horários estendidos de visitas.
- Auxiliar os pacientes e sua família no enfrentamento do processo de luto antecipado.
- Auxiliar no processo de comunicação entre equipe multiprofissional e família, promovendo reuniões entre as partes, garantindo a compreensão do quadro clínico.

- Auxiliar na preparação da família para cuidados aos pacientes debilitados/ sequelados que saem da UTI.
- Participar e discutir em visita multiprofissional os aspectos referentes à PSICOLOGIA.
- Registrar em prontuário eletrônico as condutas adotadas.

4.7 SERVIÇO SOCIAL

O assistente social desempenha dois papéis importantes em cuidados paliativos. O primeiro é de informar a equipe sobre dados biográficos do paciente, para que, com as informações, se planeje a melhor escolha de tratamento. A outra função consiste no elo que deve fazer entre paciente, família e a equipe, contribuindo para o fortalecimento das relações e providenciando os recursos necessários para que o paciente tenha uma morte digna junto de sua família (HERMES; LAMARCA, 2013).

A seguir, algumas observações levantadas nas respostas do instrumento de pesquisa pelo serviço social:

- Levantar a história de vida do paciente e repassar esses dados à equipe multiprofissional para que seja dada continuidade à assistência.
- Contactar a família sempre que necessário.
- Oferecer suporte à família para enfrentar o momento de aproximação da morte de seu familiar.
- Orientar a família quanto aos trâmites legais após o óbito.
- Oferecer suporte à família do paciente que recebe alta da UTI/ hospital, indicando redes de apoio externas para a continuidade do cuidado ao mesmo.
- Participar e discutir em visita multiprofissional os aspectos referentes ao SERVIÇO SOCIAL.
- Registrar em prontuário eletrônico as condutas adotadas.



5 COMUNICAÇÃO ENTRE EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E PACIENTE/ FAMÍLIA

- O Código de Ética Médica (2009) considera um dever do médico a revelação do diagnóstico e prognóstico do paciente, mas ressalva a possibilidade de efeitos adversos ao paciente, suscitando a necessidade do desenvolvimento de habilidades de comunicação.
- Para facilitar a comunicação entre equipe multiprofissional e paciente/ família, foi criado o Protocolo SPIKES, a fim de facilitar a transmissão de notícias.
- Os principais componentes desse protocolo incluem a manifestação de empatia, reconhecendo os sentimentos do paciente, explorando sua compreensão e aceitação, bem como fornecendo informações sobre possíveis intervenções.
- O protocolo SPIKES (QUADRO 3) descreve seis passos para comunicar notícias ao paciente e sua família. O primeiro passo (*Setting up*) refere-se à preparação do médico e do espaço físico para o evento; o segundo (*Perception*) verifica até que ponto o paciente tem consciência de seu estado; no terceiro (*Invitation*) procura-se entender o quanto o paciente deseja saber sobre sua doença; o quarto (*Knowledge*) constitui a transmissão da informação propriamente dita; o quinto passo (*Emotions*) é reservado para responder empaticamente à reação demonstrada pelo paciente; e o sexto (*Strategy and Summary*) diminui a ansiedade do paciente ao lhe ser revelado o plano terapêutico e o que pode vir a acontecer.
- São ressaltadas algumas recomendações, como: utilizar frases introdutórias que indiquem ao paciente que más notícias virão, não o fazer de forma brusca ou usar palavras técnicas em excesso e checar a compreensão do paciente. As consequências do despreparo médico na transmissão de más notícias são as iatrogenias. Por isso, é importante valorizar o momento de transmitir informações ao

paciente/família e certificar-se de que estes as compreenderam, assim como mostrar-se disponível para esclarecer dúvidas, sendo esta uma das principais reclamações relatadas pelos pacientes.

- É preciso ter bom senso e habilidade de comunicação ao transmitir más notícias, pois a forma como a transmissão é feita pode influenciar muito na compreensão e na atitude do paciente frente à sua doença.

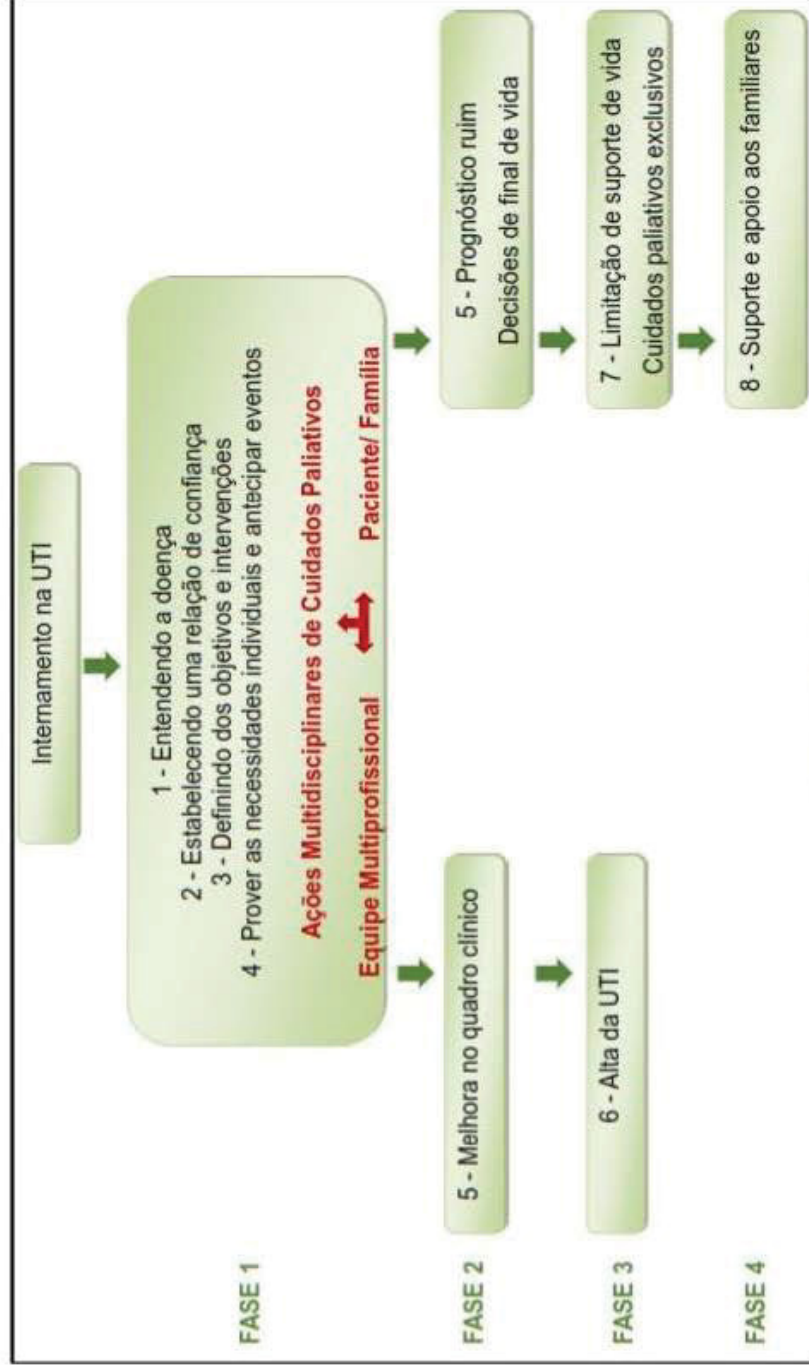
QUADRO 3 – PROTOCOLO SPIKES

S	<i>Setting Up</i>	Preparando-se para o encontro
P	<i>Perception</i>	Percebendo o paciente/ família
I	<i>Invitation</i>	Convidando para o diálogo
K	<i>Knowledge</i>	Transmitindo informações
E	<i>Emotions</i>	Expressando emoções
S	<i>Strategy and Summary</i>	Resumindo e organizando estratégias

FONTE: LINO et al (2011, p.53)

- Na utilização do Protocolo Spikes para comunicação destaca-se a atuação do serviço de Psicologia e Serviço Social, desde a preparação e convite para o encontro, como trazendo a história familiar desse paciente, bem como com o apoio após a conversa.
- Deve-se salientar a importância de documentar essas reuniões nos prontuários dos pacientes – **Ata de Reunião com a Família** (ANEXO 1)

6 DIAGRAMA PARA CUIDADOS PALIATIVOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA



FONTE: A autora (2018)

REFERÊNCIAS

BEUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F. **Princípio de Ética Biomédica**. São Paulo: Loyola, 2013.

BITENCOURT, A. G. V. et al. Condutas de limitação terapêutica em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 137–143, 2007.

BOMTEMPO, T. V. A ortotanásia e o direito de morrer com dignidade: uma análise constitucional. **Âmbito Jurídico** [online], XIV, n. 89, não p., jun 2011. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9645&revista_caderno=9>. Acesso em: 12 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.432, de 12 de agosto de 1998. Estabelece critérios de classificação entre as Unidades de Tratamento Intensivo. **Diário Oficial da União**, n. 154. Brasília, DF, 1998. Seção 1, p.109-110.

CALHEIROS, A.C.; ALBUQUERQUE, C.L. de. A vivência da Fonoaudiologia na equipe de Cuidados Paliativos de um Hospital Universitário no Rio de Janeiro. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ**, Rio de Janeiro, n.11, v.2., p.94-98, abr-jun, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 564, de 06 de novembro de 2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Diário Oficial da União**, n.233, Brasília, DF, 06 dez 2017, Seção 1, P.157. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.htm> Acesso em: 01 jul. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.805, de 9 de novembro de 2006. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao

sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n.227, 26 nov. 2006. Seção 1, p.169.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 183, 24 set. 2009. Seção 1, p.90.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.995, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. **Diário Oficial da União**, n. 170, Brasília, DF, 31 ago. 2012. Seção 1, p.269-70, Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2012/1995_2012.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2017.

COSTA FILHO, R.C. et al. Como implementar cuidados paliativos de qualidade na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 20, n. 01, p.88-92, jan/mar., 2008.

FONSECA, A.C.; FONSECA, M.J.M. Cuidados paliativos para idosos na unidade de terapia intensiva: realidade factível. **Revista Scientia Médica**, Porto Alegre, v.20, n.4, p.301-309, 2010.

FORTE, D.N. Cuidados Paliativos em UTI. In: AZEVEDO, L.C.P.; TANIGUCHI, L.U.; LADEIRA, J.P. **Medicina intensiva: Abordagem prática**. 2.ed. São Paulo: Manole, 2015, p.1019-1031.

GULINI, J.E.H.M.B. Cuidado Paliativo na UTI: Abordagem da Fisioterapia. In: MORITZ, R.D. **Cuidados paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2012. p. 95-101.

HERMES, H.R.; LAMARCA, I.C.A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n. 9, p.2577-2588, 2013.

LAGO, P.M. et al. End of life practices in seven Brazilian pediatric intensive care units. **Pediatric Critical Care Med**, Baltimore, v.9, n.1, p. 26-31, 2008.

LIMA, M.L.F.; REGO, S.T.A.; BATISTA, R.S. Processo de tomada de decisão nos cuidados de fim de vida. **Revista Bioética**, Brasília, v.23, n.1, p.31-39, 2015.

LINO, C.A. et al. Uso do protocolo Spikes no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. *Revista Brasileira Educação Médica*, Rio de Janeiro, v.35, n.1, p. 52-57, 2011.

MAZUTTI, S.R.G.; NASCIMENTO, A.F.; FUMIS, R.R.L. Limitação de Suporte Avançado de Vida em pacientes admitidos em Unidade de Terapia Intensiva com Cuidados Paliativos integrados. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v.28, n.3, p.294-300, 2016.

MEDEIROS, M.B. et al. Dilemas éticos em UTI: contribuições da Teoria dos Valores de Max Scheler. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.65, n.2, p.276-84, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a12.pdf>>. Acesso em: 20 mai 2018.

MILES, S.H., CRANFORD, R., SCHULTZ, A.L. The do not resuscitate order in a teaching hospital: considerations and a suggested policy. **Ann Intern Med**, Philadelphia, v.96, n. 2, p. 660-664, 1982.

MORAIS, S.R. et al. Nutrição, qualidade de vida e cuidados paliativos: uma revisão integrativa. **Revista Dor**, São Paulo, v.17, n.2, p.136-40, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rdor/v17n2/1806-0013-rdor-17-02-0136.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

MORITZ, R. D. et al. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 422–428, 2008.

MORITZ, R.D. **Cuidados paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2012.

MORITZ, R.D.; ROSSINI, J.P.; DEICAS, A. Cuidados Paliativos na UTI: Definições e Aspectos Éticos-Legais. In: MORITZ, R.D. **Cuidados paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2012. p. 19-32.

NILSON, C. Cuidado Paliativo na UTI: O papel da Enfermagem na equipe multidisciplinar. In: MORITZ, R.D. **Cuidados paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2012. p.103-106.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Cuidados paliativos** [Em línea]. 2018. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/es/>>. Acesso em: 23 fev. 2018.

PAGANINI, M.C. **As situações de final de vida na Unidade de Terapia Intensiva: O enfermeiro no processo de exercer a sua autonomia**. 203f. 2011. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

PIVA, J.P.; CARVALHO, P.R. Considerações éticas nos cuidados médicos no paciente terminal. **Revista Bioética**, Brasília, v.1, p. 139-144, 1993

REBELATTO, G. **Análise descritiva dos pacientes submetidos à Extubação Paliativa**. 46f. 2015. Dissertação (Mestrado Profissional em Cuidados Intensivos e Paliativos) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

SPRUNG, C.L. et al. End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study. **JAMA**, Chicago, v.290. n.6, p.790-7, aug. 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12915432>>. Acesso em: 16 mar. 2018.

TROTTA, E.A. **Expressão de Coerção em Enfermeiros, Médicos e Técnicos de Enfermagem que assistem pacientes pediátricos em situação de Limitação de Suporte de Vida**. 120f. 2012. Dissertação (Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

**ANEXO 1 – ATA DE REUNIÃO ENTRE A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E OS FAMILIARES**

NOME DO PACIENTE: _____
IDADE: _____ SEXO: F () M () REGISTRO: _____
DIAGNÓSTICO: _____
DATA DA REUNIÃO: ____/____/____

MEMBROS DA EQUIPE:

MEMBROS DA FAMÍLIA E GRAU DE PARENTESCO:

CONSIDERAÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL:

CONSIDERAÇÕES DA FAMÍLIA:

CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE A REUNIÃO:

NOME E ASSINATURA:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

APÊNDICE 7 – INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO



INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA UTI

Esse instrumento serve para avaliação e validação do Protocolo de Cuidados Paliativos para UTI, siga as instruções a seguir:

Assinale o grau de relevância de cada item avaliado de acordo com a seguinte pontuação:

1. Não relevante ou não representativo
2. Item necessita de grande revisão para ser representativo
3. Item necessita de pequena revisão para ser representativo
4. Item relevante ou representativo

Apresentação

- a) A linguagem utilizada ()
- b) A disposição dos itens no texto ()
- c) Aparência ()

Conteúdo

- a) Objetivos ()
- b) Abrangência ()
- c) Conceitos abordados ()
- d) Ações Multidisciplinares de Cuidados Paliativos para UTI ()
- e) Comunicação entre Equipe multiprofissional e Paciente/Família ()
- f) Fluxograma para Cuidados Paliativos em UTI ()
- g) Ata de Reunião entre Equipe multidisciplinar de UTI e familiares ()
- h) Aplicabilidade do Protocolo ()

Indique suas observações ou correções sobre o protocolo

Enf.^a Martha Maria de Oliveira Pegoraro
 Msc. Mestrado Profissional em Enfermagem – UFPR
marthamariamendes@hotmail.com
 cel. (41) 9 9924 0202

APÊNDICE 8 – AÇÕES DE CUIDADOS PALIATIVOS INERENTES AO SERVIÇO DE FONOAUDIOLOGIA

FONOAUDIOLOGIA

Cabe ao fonoaudiólogo contribuir com seus conhecimentos específicos para maximizar a deglutição, adaptá-la e ou preservar com segurança o prazer da alimentação por via oral, quando possível, bem como ajudar o paciente a restabelecer ou adaptar sua comunicação, visando a uma maior integração social e familiar (CALHEIROS, ALBUQUERQUE, 2012).

- Adaptar ou readaptar o paciente para uma alimentação segura.
- Desenvolver métodos ou estratégias para melhor comunicação do paciente.
- Orientar o paciente e seus familiares a fim de desenvolver suas potencialidades, de uma maneira humanizada, respeitando suas expectativas e os limites da doença avançada.

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA HOSPITAL DO TRABALHADOR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CUIDADOS PALIATIVOS EM UTI: POSSIBILIDADES PARA O CUIDADO AO PACIENTE COM LIMITAÇÃO DE SUPORTE DE VIDA

Pesquisador: MARTHA MARIA DE OLIVEIRA PEGORARO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 73707317.3.0000.5225

Instituição Proponente: Secretária de Saúde do Estado do Paraná

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.252.834

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa convergente assistencial cujo objetivo é propor uma diretriz multidisciplinar sobre Cuidados Paliativos em UTI para pacientes em Limitação de tratamento de suporte de vida internados na UTI Clínico Cirúrgica do Hospital em estudo.

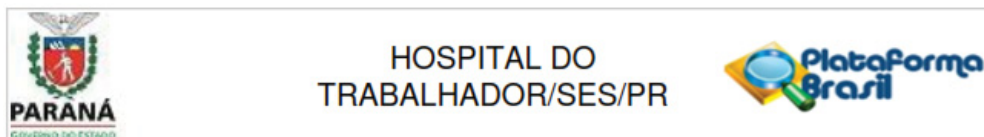
Objetivo da Pesquisa:

1) Avaliar a percepção da equipe multidisciplinar acerca dos Cuidados Paliativos em pacientes com Limitação de tratamento de suporte de vida dentro de uma UTI. 2) Identificar os componentes do Cuidado Paliativo que possam subsidiar a diretriz sobre Cuidados Paliativos para pacientes em Limitação de Suporte.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os profissionais participantes da pesquisa correm o risco de experimentar algum desconforto enquanto respondem o questionário, principalmente relacionado a situações constrangedoras que viveram em sua trajetória profissional e que podem ser lembradas. A fim de minimizar riscos ou danos ao participante caso algum constrangimento ou qualquer outro desconforto ocorra, será explicado ao entrevistado que o mesmo poderá desistir da pesquisa. **Benefícios:** Este estudo contribuirá para a prática de uma Assistência mais humanizada aos pacientes com limitação de suporte internados na UTI do Hospital em estudo. A elaboração e

Endereço: Secretaria da Saúde Rua Piquiri 170 - Rebouças - 80230-140 - Curitiba - PR 41 3330-4300
Bairro: Rebouças **CEP:** 81.050-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3212-5871 **E-mail:** cepht@sesa.pr.gov.br



Continuação do Parecer: 2.252.834

implementação de uma diretriz de Cuidados Paliativos visa a redução do sofrimento e a melhora da qualidade do atendimento oferecido ao paciente terminal, servindo de guia para a equipe multidisciplinar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Esta pesquisa atende aos preceitos éticos e trará benefícios para os cuidados paliativos em pacientes internados em UTI.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta os termos obrigatórios em conformidade.

Recomendações:

Sem adequações necessárias.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:



As conclusões desta pesquisa deverão ser apresentadas a este comitê.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_915645.pdf	17/08/2017 11:11:03		Aceito
Brochura Pesquisa	CUIDADOSPALIATIVOSEMUTI.docx	17/08/2017 11:09:05	MARTHA MARIA DE OLIVEIRA PEGORARO	Aceito
Outros	carta_encaminhamento.pdf	17/08/2017 11:08:03	MARTHA MARIA DE OLIVEIRA PEGORARO	Aceito
Outros	declaracao_concordancia.pdf	17/08/2017 11:07:19	MARTHA MARIA DE OLIVEIRA PEGORARO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_consentimento.pdf	17/08/2017 11:04:51	MARTHA MARIA DE OLIVEIRA PEGORARO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.pdf	17/08/2017 11:04:17	MARTHA MARIA DE OLIVEIRA PEGORARO	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	17/08/2017 11:02:11	MARTHA MARIA DE OLIVEIRA	Aceito

Endereço: Secretaria da Saúde Rua Piquiri 170 - Rebouças - 80230-140 - Curitiba - PR 41 3330-4300
Bairro: Rebouças **CEP:** 81.050-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3212-5871 **E-mail:** cepht@sesa.pr.gov.br

 PARANÁ <small>GOVERNO DO ESTADO</small>	HOSPITAL DO TRABALHADOR/SES/PR	
---	---	---

Continuação do Parecer: 2.252.834

Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	17/08/2017 11:02:11	PEGORARO	Aceite
----------------	--------------------	------------------------	----------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 31 de Agosto de 2017

Assinado por:
silvania klug pimentel
(Coordenador)

Endereço: Secretaria da Saúde Rua Piquiri 170 - Rebouças - 80230-140 - Curitiba - PR 41 3330-4300
Bairro: Rebouças **CEP:** 81.050-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3212-5871 **E-mail:** cepht@sesa.pr.gov.br